

# MELDUNG VON SEXUELLEN ÜBERGRIFFEN

---

Eine Studie zur Verbesserung der Prävention, Information und Versorgung in der Notfallstation nach einem sexuellen Übergriff. Retrospektive Studie der HUG und des CHUV 2018–2021

Sara Cottler-Casanova<sup>1</sup>; Véra Lourenço<sup>1</sup>; Cécile Guillot<sup>1</sup>; Antoine Poncet<sup>2</sup>; Patrice Mathevet<sup>3</sup>; Patrick Petignat<sup>1</sup>; Michal Yaron<sup>1</sup>; Tony Fracasso<sup>4</sup>; Jasmine Abdulcadir<sup>1</sup>.

1. Klinik für Gynäkologie, Departement für Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Universitätsspital Genf (HUG), Genf (Schweiz)
2. CRC und Abteilung klinische Epidemiologie, Departement für Gesundheit und Gemeinschaftsmedizin, Universität Genf und Universitätsspital Genf, Genf (Schweiz)
3. Klinik für Gynäkologie, Frau-Mutter-Kind-Zentrum, Universitätsspital Lausanne (CHUV), Lausanne (Schweiz)
4. Universitätszentrum für Rechtsmedizin Lausanne-Genf (CURML), Universitätsspital Lausanne (CHUV), Lausanne, Universitätsspital Genf (HUG), Genf (Schweiz)

## Contact

Jasmine Abdulcadir, Klinik für Gynäkologie, Departement für Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Universitätsspital Genf (HUG), Genf (Schweiz). Jasmine.abdulcadir@hcuge.ch +41 (0)22 372 40 49

Finanzielle Projektunterstützung:



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung  
von Frau und Mann EBG**  
Finanzielle Unterstützung

# Einleitung

---

Der sexuelle Übergriff ist eine Menschenrechtsverletzung und ein weltweites Problem der öffentlichen Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert sexuelle Gewalt als jede sexuelle Handlung; den Versuch, eine sexuelle Handlung zu erlangen; oder eine andere gegen die Sexualität einer Person gerichtete Handlung unter Anwendung von Zwang durch eine beliebige Person, unabhängig von ihrer Beziehung zum Opfer und vom Umfeld. Dazu gehört die Vergewaltigung, die als physisch erzwungene oder anderweitig erzwungene Penetration der Vulva oder des Anus mit einem Penis, einem anderen Körperteil oder einem Gegenstand definiert ist<sup>(1)</sup>. Andere Definitionen betonen eher das Fehlen einer ausdrücklichen Zustimmung als den Zwang und bezeichnen jeden sexuellen Kontakt und jedes sexuelle Verhalten als sexuellen Übergriff, die ohne die ausdrückliche Zustimmung des Opfers erfolgen<sup>(2)</sup>. Das Unterziel 5.2 des Nachhaltigkeitsziels 5 (SDG5) der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung besteht in der Beseitigung aller Formen von Gewalt gegen alle Frauen und Mädchen im privaten und öffentlichen Bereich, einschliesslich des Menschenhandels und sexueller sowie anderer Formen der Ausbeutung<sup>(3)</sup>. Neben der Beseitigung der Gewalt sind die Gewährleistung einer wirksamen Prävention und eines wirksamen Schutzes, der Zugang zur Justiz, die Unterstützung der Opfer und eine verstärkte nationale und internationale Koordination r Schlüsselemente zur Bekämpfung sexueller Übergriffe<sup>(4)</sup>.

Die Schweiz hat das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) im Jahr 2017 ratifiziert und vor kurzem den nationalen Aktionsplan für 2022–2026 (NAP IK 2022–2026) veröffentlicht. Dieser beleuchtet drei Schwerpunktbereiche, von denen sich der dritte speziell auf die sexualisierte Gewalt bezieht<sup>(5,6)</sup>. Die Massnahmen 37 und 38 beziehen sich auf die Sicherstellung der (rechts)medizinischen Versorgung von Opfern sexualisierter Gewalt und die Ausarbeitung kantonaler Leitlinien für die medizinische Versorgung von Opfern sexualisierter und häuslicher Gewalt<sup>(6)</sup>. Die Massnahme 42 bezieht sich speziell auf die Verbesserung der nationalen Statistiken zu sexuellen Übergriffen. Dies ist besonders wichtig, um Informationen für künftige politische Massnahmen, Ausbildungsstrategien und Überwachungsmassnahmen zu gewinnen, die letztendlich zu einer besseren Versorgung der Opfer von sexuellen Übergriffen beitragen werden<sup>(6)</sup>. Das Thema sexualisierte Gewalt und die juristische Definition der Vergewaltigung sind in der Schweiz, nicht zuletzt aufgrund der Dynamik, die durch

die Ratifizierung der Istanbul-Konvention entstanden ist, in den Mittelpunkt der politischen und juristischen Debatte gerückt. Kürzlich hat die Expertengruppe des Europarats zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (GREVIO) darauf hingewiesen, dass die rechtliche Definition der Vergewaltigung in der Schweiz nicht dem internationalen Standard entspricht, wonach die Zustimmung ausdrücklich vorhanden sein muss<sup>(7,8)</sup>. Das Schweizer Strafgesetzbuch definiert «Vergewaltigung» (Art. 190) als Nötigung einer Person weiblichen Geschlechts zur Duldung des Beischlafs unter Anwendung von psychischem Druck oder indem sie zum Widerstand unfähig gemacht wird. Die «sexuelle Nötigung» (Art. 189) ist die Nötigung einer Person zur Duldung einer beischlafähnlichen oder anderen sexuellen Handlung, durch Bedrohung, Anwendung von Gewalt oder psychischen Druck oder indem sie zum Widerstand unfähig gemacht wird. Im Rahmen unserer Studie bezeichnen wir mit sexueller Gewalt jeden sexuellen Kontakt oder Versuch eines sexuellen Kontakts ohne Zustimmung.

In der Schweiz können Daten zu sexuellen Übergriffen aus verschiedenen Quellen gewonnen werden (Abbildung 1), wie unter anderem aus amtlichen Polizeistatistiken die gemeldeten Übergriffsfälle aus administrativen Daten (Spitäler, Opferberatungsstellen) oder bevölkerungsbasierten Erhebungen zu sexuellen Übergriffen.

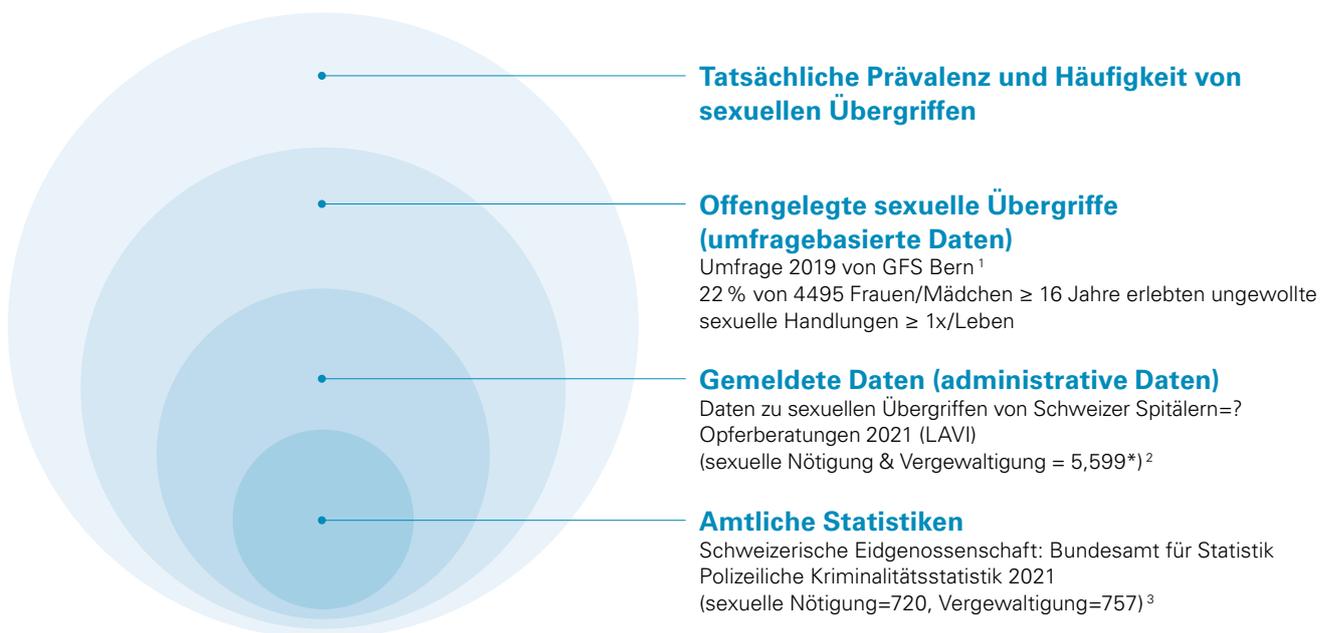
Bisher liefert keine Statistik über sexualisierte Gewalt ein umfassendes Bild des Problems. Die Erkenntnisse stützen sich Puzzleteilen gleich auf verschiedene Datenquellen. Scham, Angst, Stigmatisierung, mangelnde Sensibilisierung, Gesetzgebung und Protokolle und viele andere Hindernisse halten eine unbekannt Zahl von Personen davon ab, sexuelle Übergriffe zu melden, anzuzeigen oder sich deswegen behandeln zu lassen. Einigen Personen fällt es möglicherweise auch schwer, gewalttätiges sexuelles Verhalten als Gewalt anzuerkennen. Stichprobenerhebungen können als Näherungswert für Prävalenz- oder Inzidenzraten dienen. Laut der globalen Datenbank der WHO über die Prävalenz von Gewalt gegen Frauen gehört die Schweiz zu den zwölf Ländern mit den niedrigsten Lebenszeit-Prävalenzschätzungen für körperliche und/oder sexualisierte Gewalt in der Partnerschaft unter verheirateten/verpartnerten Frauen im Alter von 15–49 Jahren (geschätzte Prävalenz von 12 %)<sup>(9)</sup>. Diese Schätzungen wurden jedoch im Rahmen der Teilnahme der Schweiz an der internationalen Erhebung über Gewalt gegen Frauen (CH-IVAWS) vor fast 20 Jahren vorgenommen<sup>(10,11)</sup>. Die CH-IVAWS wurde

an einer Stichprobe von 1975 erwachsenen Frauen im Alter von 18 bis 72 Jahren aus der deutsch- und französischsprachigen Schweiz durchgeführt, ohne die italienischsprachige Bevölkerung der Schweiz zu berücksichtigen.

Die letzte, von GFS Bern durchgeführte Umfrage zur Prävalenz sexueller Gewalt in der Schweiz wurde 2019 veröffentlicht<sup>(12,13)</sup>. Mindestens 22 % der befragten Frauen und Mädchen über 16 Jahren aus einer Stichprobe von 4495 Frauen gaben an, sexuelle Gewalt erlebt zu haben (in der Umfrage als «ungewollte sexuelle Handlungen erlebt» erfasst). 12 % von ihnen hatten gegen ihren Willen Geschlechtsverkehr, während 7 % festgehalten wurden oder ihnen Schmerzen zugefügt wurden, um sie zum Geschlechtsverkehr zu zwingen<sup>(12,13)</sup>.

In der Schweiz ist wenig über sexualisierte Gewalt in Teilpopulationen bekannt. Studien haben gezeigt, dass Lesben, bisexuelle Frauen, transgender und nicht-binäre Gemeinschaften<sup>(14,15)</sup> im Vergleich zu heterosexuellen Frauen<sup>(16-19)</sup> signifikant öfter sexuelle Nötigung und Vergewaltigungen erleben, wahrscheinlich aufgrund von stärkerer Diskriminierung, psychosozialer Barrieren, Hemmungen bei der Anzeige und dem Mangel an spezifischen Unterstützungsdienstleistungen<sup>(18)</sup>. Bei befragten Frauen mit Behinderungen wurde festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit, im vergangenen Jahr einen sexuellen Übergriff erlebt zu haben, viermal höher ist als bei Frauen ohne Behinderungen<sup>(20)</sup>. Die Zugehörigkeit zu ethnischen und sexuellen Minderheiten kann zudem die Rekonvaleszenz nach einem sexuellen Übergriff beeinträchtigen<sup>(21)</sup>.

**Abbildung 1:** Daten zu sexuellen Übergriffen in der Schweiz, angepasst vom Europäischen Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE): Administrative Datenerhebung zu Gewalt gegen Frauen – Gute Praktiken<sup>(22)</sup>.



\* mehrere Delikte möglich

1 gfs.bern. Sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt an Frauen sind in der Schweiz verbreitet [Internet]. 2019 [zitiert 23. Januar 2023]. Verfügbar auf <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/sexuelle-gewalt-in-der-schweiz/>

2 Bundesamt für Statistik. Opferberatungen nach Straftat [Internet]. Kriminalität und Strafrecht. 2022. Verfügbar auf: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/opferhilfe/beratungen-leistungen.assetdetail.22684359.html>

3 Bundesamt für Statistik. Strafgesetzbuch (StGB): Straftaten und beschuldigte Personen [Internet]. Kriminalität und Strafrecht. 2022. Verfügbar auf: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/straftaten.assetdetail.21324219.html>

Die amtlichen Statistiken zu sexuellen Übergriffen werden vom Bundesamt für Statistik erstellt und basieren auf den Daten der polizeilichen Kriminalstatistik<sup>(23)</sup>. Die Statistiken der erfassten Straftaten wie die polizeiliche Kriminalstatistik spiegeln nur einen kleinen Teil der Frauen und Mädchen wider, die sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren, da viele von ihnen einen sexuellen Übergriff nur sehr selten bei der Polizei anzeigen<sup>(24–26)</sup>. Im Jahr 2021 wurden in der Schweiz, einem Land mit 8,7 Millionen Einwohner/innen, nur 757 Fälle von Vergewaltigung und 720 Fälle von sexueller Nötigung registriert. Im gleichen Zeitraum wurden in Schweden, einem Land mit etwa 10,4 Millionen Einwohner/innen, 9668 Vergewaltigungen polizeilich erfasst, dazu kommen 11 348 Fälle von sexueller Belästigung<sup>(27)</sup>. Je nach Kontext kann eine höhere Zahl erfasster sexueller Übergriffsfälle tatsächlich auf Veränderungen und Verbesserungen bei der Datenerfassung, ein erhöhtes Bewusstsein und grösseres Vertrauen in die Polizei hinweisen<sup>(22)</sup>.

Administrative Daten sind Daten, die durch routinemässige Erhebungen generiert werden und zur Verfügung stehen. Sie dokumentieren in der Regel die Inanspruchnahme verschiedener Arten von Dienstleistungen, wie z. B. die medizinische Versorgung und Rechtsberatung für Opfer. Das Bundesamt für Statistik veröffentlicht jährlich Daten über die Anzahl Personen, die sich an eine Opferberatungsstelle gewandt haben und gemäss Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten (OHG) und seit 2017 auch gemäss Bundesgesetz über die Aufarbeitung der fürsorglichen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981 (AFZFG) Anrecht auf Leistungen haben. Im Jahr 2021 gab es 5599 Opferberatungen wegen sexueller Nötigung und Vergewaltigung<sup>(28)</sup>. Eine präzise Erhebung und Analyse solcher Daten kann helfen, die gesamte Bevölkerung sowie die in diesem Bereich tätigen Personen, einschliesslich Gesetzgeber, über

die Inanspruchnahme von Dienstleistungen nach einem sexuellen Übergriff zu informieren, Grundlagen für Präventions- und Gesundheitsaufklärungsstrategien zu liefern und die Dienstleistungen für Opfer sexueller Übergriffe zu verbessern. Die Analyse möglicher Dienstleistungslücken und ungedeckter Bedürfnisse auf der Grundlage von Verwaltungsdaten, v. a. Schweizer Spitaldaten, kann ein wirkungsvolles Instrument für den Dialog und die Interessenvertretung auf nationaler und internationaler Ebene sein, um die Prävention und die Reaktion auf sexuelle Übergriffe zu verbessern<sup>(29)</sup>.

Derzeit gibt es in der Schweiz viele Gesundheitsregister wie z. B. für HIV, Krebs, Transplantationen, Hepatitis, Luftverschmutzung und Lungenkrankheiten. Es gibt jedoch kein landesweites Register oder Observatorium für Personen, die wegen einem sexuellen Übergriff zur Konsultation in Schweizer Spitäler kommen. Darüber hinaus wurde dieses Thema bisher nur wenig erforscht, obwohl es wichtig ist, Erkenntnisse über die Merkmale von Opfern sexueller Übergriffe, die Form des erlebten sexuellen Übergriffs sowie die erhaltene Versorgung und Nachsorge, und Daten zur psychophysischen und sexuellen Gesundheit auf kurze, mittlere und lange Sicht zu gewinnen<sup>(30–33)</sup>.

Ziel dieser Studie war es, die Merkmale aller Personen,  $\geq 14$  Jahren, einschliesslich cisgeschlechtlicher Frauen, nicht-binärer, queerer Personen, Transmännern mit Vulva und Vagina und Transfrauen, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung, auszuwerten, die zwischen 2018 und 2021 in den Notfallstationen für Geburtshilfe und Gynäkologie des Universitätsspitals Genf (HUG) und des Universitätsspitals Lausanne (CHUV) einen sexuellen Übergriff gemeldet haben.

Der Begriff «Frau» oder «Mädchen» wird in unserem Bericht verwendet, wenn auf frühere Forschung oder Fachliteratur verwiesen wird, die sich auf «Frauen und Mädchen» bezieht.

# Methodik

---

## Definitionen

Eine vollständige Liste aller Variablen und Definitionen findet sich in Anhang 1.

## Genehmigung durch die Ethikkommission und Finanzierung

Dieses Forschungsprojekt wurde von den Forschungsethikkommissionen der Kantone Genf und Waadt (Schweiz) (CCER Projekt-ID 2016-01144) genehmigt und in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki, den Grundsätzen der guten klinischen Forschungspraxis, dem Humanforschungsgesetz (HFG) und der Humanforschungsverordnung (HVF) sowie anderen lokal relevanten Vorschriften durchgeführt<sup>(34–36)</sup>. Dieses Projekt wird vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) und dem Genfer Universitätsspital im Rahmen des Projekts «Sexual Assault Reporting – A study to improve prevention, information and care after sexual assault in emergency care settings» (Meldung über sexuelle Übergriffe: eine Studie zur Verbesserung der Prävention, Information und Versorgung in der Notfallstation nach einem sexuellen Übergriff) finanziert.

## Einschluss- und Ausschlusskriterien

Über alle Personen, einschliesslich cisgeschlechtlicher Frauen, nicht-binärer, queerer Personen, Transmännern mit Vulva und Vagina und Transfrauen, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung, im Alter von  $\geq 14$  Jahren, die in den Notfallstationen für Geburtshilfe und Gynäkologie der Universitätsspitäler Genf und Lausanne (HUG und CHUV) während vier Jahren (2018–2021) einen sexuellen Übergriff gemeldet haben, wurden retrospektive Daten gesammelt. Bitte beachten Sie, dass der Begriff queer hier nur für die Geschlechtsidentität und nicht für die sexuelle Orientierung verwendet wird.

Ausgeschlossen wurden Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren, cisgeschlechtliche Männer und Transmänner mit einem Penis (die in der Regel nach einem sexuellen Übergriff nicht die Notfallstation der Geburtshilfe und Gynäkologie aufsuchen) und wiederkehrende Patient/innen mit mehr als drei Meldungen von sexuellen Übergriffen in einem teilnehmenden Zentrum innerhalb des Studienzeitraums (2018–2021). Bei diesen wiederkehrenden Patient/innen wurden nur die ersten drei Übergriffsfälle berücksichtigt. Ausserdem wurden doppelte Meldungen über sexuelle Übergriffe, die nicht ursprünglich von der Polizei

oder Staatsanwaltschaft angeordnet wurden, sowie Meldungen, die keinen sexuellen Übergriff, sondern andere Arten von physischer oder psychischer Gewalt betrafen, ausgeschlossen. Ab Juni 2020 erhöhte der Kanton Waadt die Zahl der Spitäler, in denen Anzeige wegen sexuellen Übergriffen erstattet werden kann. Meldungen aus den Spitälern von Yverdon-les-Bains, Rennaz, Payerne, Nyon und Morges wurden ausgeschlossen, da sie nicht in den Geltungsbereich der Ethikgenehmigung fielen.

## Forensische und gynäkologische Untersuchung und Datenerhebung

Das Westschweizer Zentrum für Rechtsmedizin (Centre universitaire romand de médecine légale – CURML), das sich an den beiden Universitätsspitalern von Lausanne (CHUV) und Genf (HUG) befindet, ist ein regionales Zentrum für Rechtsmedizin, das gemeinsam von den beiden Universitätsspitalern der Westschweiz ins Leben gerufen wurde. Wenn ein/e Patient/in wegen einem sexuellen Übergriff eine Notfallstation der Geburtshilfe und der Gynäkologie des HUG und des CHUV aufsucht oder dorthin überwiesen wird, wird er/sie von einer Pflegefachperson triagiert und von einem/einer diensthabenden Rechtsmediziner/in des CURML und einem/einer diensthabenden Gynäkolog/in in der gynäkologisch-geburtshilflichen Notfallstation der beiden Standorte untersucht. Seit 2020 fahren die Rechtsmediziner/innen des CURML-CHUV im Kanton Waadt in die regionalen Spitäler, um den Opfern lange Anfahrtswege zu ersparen. Das Hauptziel besteht darin, die Bedürfnisse der Patient/innen so einheitlich und koordiniert wie möglich zu behandeln, indem ihnen kurz-, mittel- und manchmal auch langfristig eine medizinisch-psychologische und rechtsmedizinische Betreuung angeboten wird<sup>(37)</sup>. Die Behandlung umfasst Therapien zur Postexpositionsprophylaxe, Notfallverhütung und verschiedene Nachsorgetermine, die in den HUG und im CHUV leicht unterschiedlich sind. In den HUG erhalten Patient/innen ab 16 Jahren auf Wunsch am nächsten Tag einen Termin mit einem Psychologen oder einer Psychologin der interdisziplinären Abteilung für Medizin und Gewaltprävention («Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence» UIMPV), fünf Tage später eine Konsultation im HIV-Zentrum und etwa zehn Tage später einen Termin im gynäkologischen Ambulatorium<sup>(37)</sup>. Im CHUV erhalten die Patient/innen zwischen 1 und 30 Tage nach dem sexuellen Übergriff einen einzigen Termin in der psychosomatischen und psychosozialen Abteilung der Kli-

nik für Frauenheilkunde<sup>(38)</sup>. Nach der gynäkologischen und forensischen Untersuchung in der Notfallstation erfolgt die Nachsorge für Patient/innen unter 16 Jahren in der pädiatrischen Abteilung.

**Die rechtsmedizinische Untersuchung liefert den Justizbehörden im Falle eines Strafverfahrens und mit Zustimmung des Opfers die notwendige Dokumentation<sup>(37)</sup>**

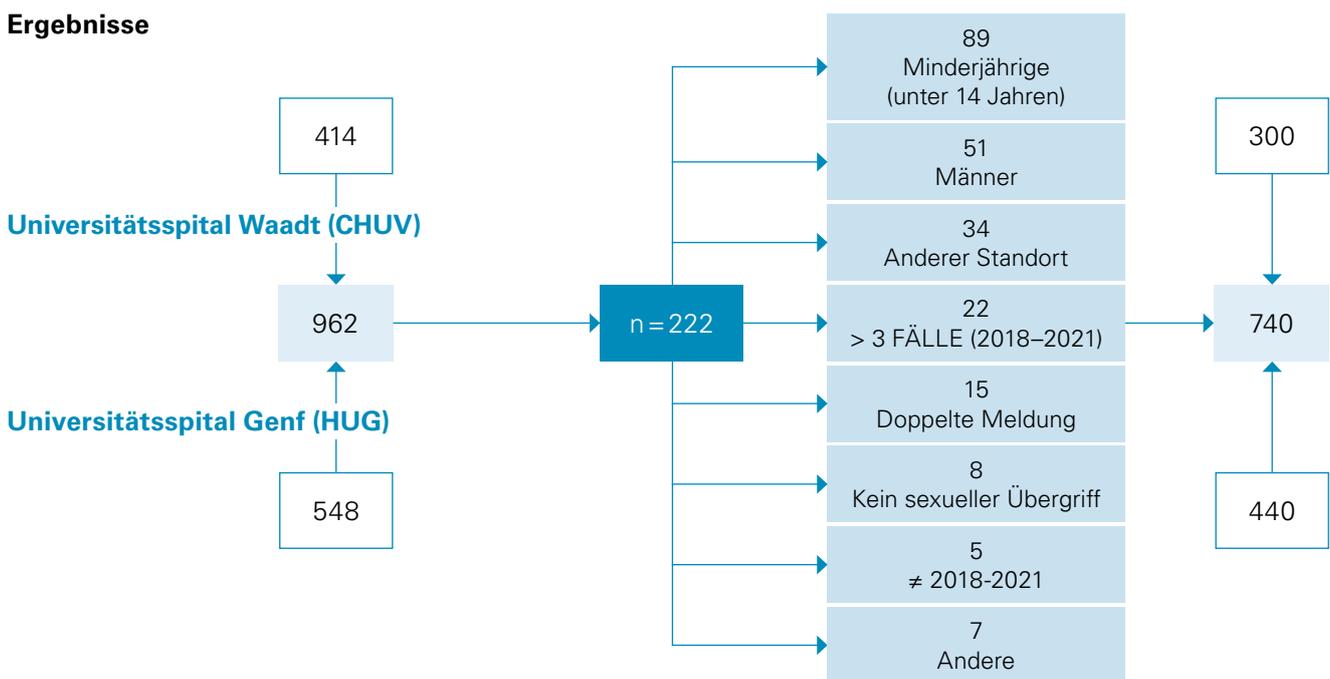
Während des Zeitraums der Studie verwendeten die beiden regionalen Universitätsspitäler dasselbe Papierformular für die Meldung von rechtsmedizinischen sexuellen Übergriffen, um beide Standorte zu vergleichen. Die Daten für diese Studie wurden aus den

abgeschlossenen Berichten über sexuelle Übergriffe gewonnen, die von den Rechtsmediziner/innen und Gynäkolog/innen, von denen die Patient/innen untersucht wurden, verfasst und unterzeichnet wurden. Diese Berichte wurden zudem immer von den Abteilungsleitenden überprüft und unterzeichnet.

**Analyse der Daten**

Es wurden deskriptive Statistiken erstellt, um die soziodemografischen und klinischen Merkmale der Patient/innen, die einen sexuellen Übergriff meldeten, sowie die Merkmale des sexuellen Übergriffs selbst zu beschreiben.

**Ergebnisse**



Insgesamt wurden für den 48-monatigen Studienzeitraum 962 Datensätze zu sexuellen Übergriffen gesichtet (414 aus dem Universitätsspital Lausanne und 548 aus dem Universitätsspital Genf), von denen schliesslich 740 in die Analyse eingeschlossen werden konnten. Dreiundzwanzig Prozent (n=222) der Datensätze über sexuelle Übergriffe mussten aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen werden. Bei mehreren Datensätzen gab es mehrere Gründe für den Ausschluss. Von den 222 ausgeschlossenen Datensätzen waren 40 % (n=89) Minderjährige unter 14 Jahren und 23 % (n=51) cisgeschlechtliche Männer oder Jungen. 34 Patient/innen meldeten den sexuellen Übergriff bei anderen Stellen als im HUG oder CHUV. Seit Juni 2020 sind rechtsmedizinische Untersuchungen in den Regionalspitälern des Kantons Waadt möglich, so dass Frauen und Mädchen, die einen Fall des sexuellen Übergriffs melden, ein örtliches Spital aufsuchen können, anstatt eine lange Reise zum Universitätsspital auf sich zu nehmen. So nahmen 34 Patient/innen diesen neuen Dienst in Anspruch und kamen deshalb für die Aufnahme in unsere Studienpopulation nicht in Frage. Drei Patient/innen meldeten sich während der vier Studienjahre mehr als dreimal. Die ersten 3 sexuellen Übergriffsfälle dieser Patient/innen wurden berücksichtigt, weitere 22 Datensätze ausgeschlossen. Fünfzehn sexuelle Übergriffsfälle wurden nicht eingeschlossen, da es sich um doppelte Krankenakten handelte, und fünf Fälle lagen ausserhalb des Zeitrahmens. Acht Patientenakten zu sexuellen Übergriffen wurden nicht in unsere Analysen aufgenommen, weil der Übergriff nicht sexueller Natur war oder der/die Patient/in später angab, dass der Übergriff nie stattgefunden habe. Es gab sieben Akten, die aus verschiedenen weiteren Gründen ausgeschlossen wurden.

## Soziodemografische Merkmale

Tabelle 1 zeigt die soziodemografischen Merkmale der 740 Patient/innen, die aufgrund eines sexuellen Übergriffs die Notfallstation eines Spitals aufsuchten (Durchschnittsalter  $27,7 \pm 11,8$  Jahre, Altersspanne 14–93 Jahre, Median 24 Jahre, IQR 19–33). Zwischen 2018 und 2019 stieg die Zahl der Konsultationen in den Notfallstationen aufgrund sexueller Übergriffe an (von n=174 im Jahr 2018 auf n=216 im Jahr 2019). Im Jahr 2020, höchstwahrscheinlich aufgrund der COVID-19-Pandemie und der Anordnung, zu Hause zu bleiben, ging die Zahl der Personen zurück, die einen sexuellen Übergriff meldeten (n=156). Im Jahr 2021 stieg die Zahl der Konsultationen hingegen wieder auf die Häufigkeit von vor der COVID-19-Pandemie an (n=182).

Fünfundvierzig Prozent (n=332) aller sexueller Übergriffsfälle fanden am Wochenende statt, entweder an einem Samstag oder Sonntag. In den Sommermonaten wurden im Vergleich mit den anderen Jahreszeiten (Winter: 23 %, Frühling: 20 %, Herbst: 23 %) die meisten sexuellen Übergriffe gemeldet (n=248, 34 %).

**Tabelle 1:** Häufigkeit sexueller Übergriffe nach Jahr und Ort, soziodemografischen Merkmalen und Merkmalen des Übergriffs von Patient/innen, die in den Universitätsspitalern Genf und Lausanne einen Fall sexuellen Übergriffs meldeten (2018–2021). Alle Daten sind als n (%) angegeben.

Variable	Antworten	N=740
Alter	Mittelwert (Varianz)	27,7 (11,8)
	Median (Interquartilsabstand)	24 (19 - 33,2)
	Spannbreite	14 bis 93
Standort	CHUV	300 (40)
	HUG	440 (60)
Jahr des Übergriffs	2017	1 (0)
	2018	174 (24)
	2019	216 (30)
	2020	156 (21)
	2021	182 (25)
	2022	3 (0)
	Fehlt	8
Tag der Woche	Montag	74 (10)
	Dienstag	62 (8)
	Mittwoch	85 (11)
	Donnerstag	79 (11)
	Freitag	99 (13)
	Samstag	174 (24)
	Sonntag	158 (21)
	Unbekannt	9 (1)
Jahreszeit	Winter	165 (23)
	Frühling	148 (20)
	Sommer	248 (34)
	Herbst	171 (23)
	Unbekannt	8
Zivilstand	Ledig	440 (60)
	Unbekannt	116 (16)
	Verheiratet	67 (9)
	Geschieden	44 (6)
	Zusammenlebend	43 (6)
	Getrennt	16 (2)
	n. v.	9
	Verwitwet	5 (1)
Herkunft des Opfers (Region)	Schweiz	279 (39)
	Unbekannt	168 (23)
	Europa	146 (20)
	Amerika	59 (8)
	Afrika südlich der Sahara	28 (4)
	Naher Osten und Nordafrika	22 (3)
	Asien	18 (2)
	Pazifik	2 (0)
	n. v.	18
	Ort des Übergriffs	Zuhause
- Wohnung Angreifer/in		195 (26)
- Wohnung des Opfers		169 (23)
- Wohnung Freund/in / Familienmitglied		43 (6)
- Wohnung des Paares		11 (1)
Öffentlich		144 (19)
Unbekannt (Amnesie)		78 (11)
Hotel		31 (4)
Fahrzeug		23 (3)
Institutionelle Pflegeeinrichtung		22 (3)
Sonstige (einschliesslich nicht spezifiziert)		17 (2)
Einrichtung		3 (0)
Schule		2 (0)
Arbeitsplatz	2 (0)	
Anzahl der Täter/innen	Eine/r	569 (77)
	Mehrere	56 (8)
	Unbekannt (Amnesie)	115 (16)
Angreifer/in bekannt	Nein	206 (28)
	Ja/Ja & Nein (1 ≤ Angreifer/in)	431 (58)
	- Freund/in/Kolleg/in/Peer/Bekannte/r	226 (53)
	- Derzeitige/r Intimpartner/in	73 (17)
	- Andere/r (dem Opfer bekannt)	39 (9)
	- Ehemalige/r Intimpartner/in	37 (9)
	- Andere/r (dem Opfer unbekannt)	14 (3)
	- Familienmitglied	13 (3)
	- Bekanntschaft aus sozialem Netzwerk/ Internet	12 (3)
	- Autoritätsperson/Betreuungsperson	10 (2)
	- Unbekannt	6 (1)
	Unbekannt (Amnesie)	103 (14)

Variable	Antworten	N=740
Beauftragt von der Polizei oder Staatsanwaltschaft	Nein	441 (60)
	Ja	299 (40)
Entscheidung, Anzeige zu erstatten	Nein	52 (7)
	Ja	129 (17)
	Unentschlossen	5 (1)
	Unbekannt	552 (75)
	n. v.	2
Frühere Fälle sexueller Übergriffe	Nein	121 (17)
	Ja	139 (19)
	Unbekannt	467 (64)
	n. v.	13
Zeit bis Untersuchung	< 24 h	374 (51)
	24–72 h	236 (32)
	72 h–7 T	96 (13)
	> 1 W	32 (5)
Körperliche und psychologische Gewalt	Nein	216 (30)
	Ja	355 (48)
	Unbekannt (Amnesie)	161 (22)
	n. v.	8
Kondombenutzung	Nein	379 (57)
	Ja	42 (6)
	Ja und Nein	33 (5)
	Unbekannt (Amnesie)	211 (32)
	n. v.	75
Kürzlich sexueller Kontakt	Nein	557 (78)
	Ja	161 (22)
	n. v.	22
Amnesie	Nein	473 (64)
	Ja	267 (36)
Erste vaginale Penetration	Nein	635 (87)
	Ja	66 (9)
	Unbekannt	33 (4)
	n. v.	6
Empfängnisverhütung	Nein	377 (51)
	Ja	230 (31)
	Unbekannt	133 (18)
Menopause	Nein	664 (90)
	Ja	37 (5)
	Unbekannt	39 (5)
Schwanger zum Zeitpunkt des Übergriffs	Nein	735 (99)
	Ja	5 (1)
Menstruation	Nein	552 (75)
	Ja	68 (9)
	Unbekannt	120 (16)
Körper gebadet/ gewaschen vor Untersuchung	Nein	252 (34)
	Ja	335 (45)
Kleider gewechselt vor Untersuchung	Nein	187 (25)
	Ja	300 (41)
	Unbekannt	253 (34)
Üblicher Alkoholkonsum	Nein	211 (29)
	Gelegentlich	418 (57)
	Regelmässig	64 (9)
	Täglich	38 (5)
	n. v.	9
Alkoholkonsum vor dem Übergriff	Nein	264 (36)
	Ja	442 (60)
	Unbekannt	33 (4)
	n. v.	1
Üblicher Drogenkonsum	Nein	508 (70)
	Gelegentlich	158 (22)
	Regelmässig	36 (5)
	Täglich	25 (3)
	n. v.	13
Drogenkonsum vor dem Übergriff	Nein	613 (84)
	Ja	121 (16)
	n. v.	6

Die meisten Patient/innen stammten aus der Schweiz (39 %) oder anderen europäischen Ländern (20 %), gefolgt von Personen aus Nord-, Mittel- oder Südamerika (8 %). Ein kleiner Teil der Patient/innen, die wegen sexuellen Übergriffen vorstellig wurden, stammte aus Subsahara-Afrika (4 %), dem Nahen Osten und/oder Nordafrika (3 %) sowie Asien (2 %). Die Staatsangehörigkeit von 23 % der Studienteilnehmenden wurde als unbekannt angegeben, da ihre Staatsangehörigkeit in der Meldung des sexuellen Übergriffs nicht erwähnt wurde. Sechzig Prozent der Patient/innen, die aufgrund eines sexuellen Übergriffs die Notfallstation aufsuchten, waren ledig, 15% verheiratet (9 %) oder in einer Partnerschaft (6 %) und 8 % waren geschieden (6 %) oder lebten getrennt (2 %). Bei 16 % der Meldungen über sexuelle Übergriffe fehlte der Zivilstand der Patient/innen.

Bei 58 % der sexuellen Übergriffsfälle gab das Opfer an, den/die Angreifer/in zu kennen, während 28 % der Patient/innen die Person, die sie sexuell angegriffen hatte, vorher nicht kannten. Von denjenigen, die ihren Angreifer bzw. ihre Angreiferin kannten, handelte es sich bei mehr als der Hälfte (53 %) um einen/eine Freund/in / Kolleg/in / Partner/in / Bekannte/r. Gegenwärtige (17 %) und frühere (9 %) Intimpartner/innen stellen einen erheblichen Anteil der bekannten Angreifer/innen dar. Familienmitglieder und Autoritätspersonen wurden in dieser Bevölkerungsgruppe über 14 Jahren seltener als Täter/innen genannt.

In 8 % der Fälle gab es mehrere Täter/innen (n=56), wobei die Angreifer/innen meist eine Kombination aus bekannten und unbekanntem Täter/innen waren. In 77 % der sexuellen Übergriffsfälle gab es einen Angreifer bzw. eine Angreiferin; 16 % der Patient/innen wussten aufgrund von Amnesie nicht, wie viele Täter/innen es gab (n=115). Siebzehn Prozent der Patient/innen gaben an, dass es sich um ihren ersten sexuellen Übergriff handelte, während 19 % angaben, dass sie bereits früher sexuell missbraucht worden waren. In 64 % der Meldungen der sexuellen Übergriffe wurde nicht erwähnt, ob die Person bereits einen sexuellen Übergriff erlebt hatte oder nicht.

Die Polizei oder Staatsanwaltschaft ordnete bei 40 % der sexuellen Übergriffsfälle eine rechtsmedizinische Untersuchung an, während 60 % die Notfallstationaufnahme aus eigenem Antrieb aufsuchten. Sieben Prozent der Patient/innen gaben eindeutig an, dass sie nicht beabsichtigten, Anzeige zu erstatten, während 17 % erklärten, dass sie beabsichtigten, ihren Angreifer bzw. ihre Angreiferin anzuzeigen. Für 75 % der sexuellen Übergriffsfälle liegen uns keine weiteren Informationen über die Absicht des Opfers vor, Anzeige zu erstatten.

Einundfünfzig Prozent der Patient/innen suchten innerhalb von 24 Stunden nach dem sexuellen Übergriff die Notfallstation auf, weitere 32 Prozent innerhalb von 24–72 Stunden, insgesamt 83 % innerhalb der ersten 3 Tage. Dreizehn Prozent kamen nach zwischen 72 Stunden und 7 Tagen ins Spital, die restlichen 4 % kamen nach einer Woche.

Zweihundertsiebenundsechzig Patient/innen (36 %) erlitten eine Form von Amnesie – entweder teilweise (n=111, 42 %) oder vollständig (n=156, 58 %). Wir sind nicht in der Lage, zwischen Amnesie aufgrund eines Traumas (peritraumatische Dissoziation) und Amnesie aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum zu unterscheiden.

Substanzkonsum war in unserer Stichprobe weit verbreitet: 442 (60 %) gaben an, vor dem sexuellen Übergriff Alkohol konsumiert zu haben, und 121 (16 %) gaben an, Drogen genommen zu haben. Insgesamt gaben die meisten Patient/innen (63 %, n=467) irgendeine Art von Substanzkonsum an, von denen 96 sowohl Alkohol als auch Drogen konsumiert hatten. Auf die Frage nach ihren Trinkgewohnheiten antworteten 57 % (n=418), dass sie gelegentlich Alkohol trinken, und 14 % trinken entweder regelmässig (9 %) oder täglich (5 %). Auf die Frage nach ihren Drogengewohnheiten antworteten 22 % (n=158), dass sie gelegentlich Drogen konsumieren. 14 % nehmen entweder regelmässig (5 %) oder täglich (3 %) Drogen. Bei den Personen, die Drogen konsumieren, waren die am häufigsten genannten Drogen Cannabis oder Haschisch (81 %), Kokain (31 %) und Ecstasy oder MDMA (10 %).

## Merkmale des Übergriffs

Etwa ein Viertel der Patient/innen konnte sich aufgrund von Amnesie nicht daran erinnern oder angeben, welcher Art von Penetration (falls zutreffend) sie ausgesetzt waren. Vaginale Penetration wurde von 67 % (n=485), anale Penetration von 17 % (n=122) und orale Penetration von 21 % (n=154) angegeben (Tabelle 2). 191 Patient/innen gaben mehr als eine Penetrationsstelle an (2 Stellen penetriert: n=145, 3 Stellen penetriert: n=46). Von den Personen, die über eine vaginale Penetration berichteten, wurde in 85 % der Fälle eine penile Penetration und in 40 % der Fälle eine digitale Penetration angegeben. Bei 34 % der sexuellen Übergriffe mit vaginal-peniler Penetration wurde eine Ejakulation angegeben.

Von den Personen, die eine anale Penetration angaben, wurde in 75 % der Fälle eine penile Penetration und in 33 % der Fälle eine digitale Penetration angegeben. Eine Ejakulation wurde bei 13 % der sexuellen Übergriffe mit anal-peniler Penetration angegeben.

**Tabelle 2:** Stellen, an denen sexuelle Übergriffe stattfanden und Art der Penetration (penil, digital, mit Zunge, mit Gegenstand und andere) (n=740). Alle Daten sind als n (%) angegeben. Es kann mehr als eine Penetrationsstelle oder Penetratorentyp pro Person geben\*.

Stelle der Penetration	Ja	Nein	Unbekannt (Amnesie)	Penile Penetration	Ejakulation (Ja)	Ejakulation (Nein)	Ejakulation unbekannt (Amnesie)	Digital (Finger)	Zunge	Objekt	Andere
Vaginal	485 (67)	59 (8)	182 (25)	410 (85)	140 (34)	95 (23)	175 (43)	196 (40)	21 (4)	8 (2)	4 (1)
Anal	122 (17)	407 (57)	191 (27)	91 (75)	12 (13)	29 (32)	49 (54)	40 (33)	3 (2)	3 (2)	-
Oral	154 (21)	378 (52)	190 (26)	150 (97)	28 (19)	84 (57)	36 (24)	4 (3)	5 (3)	0	-

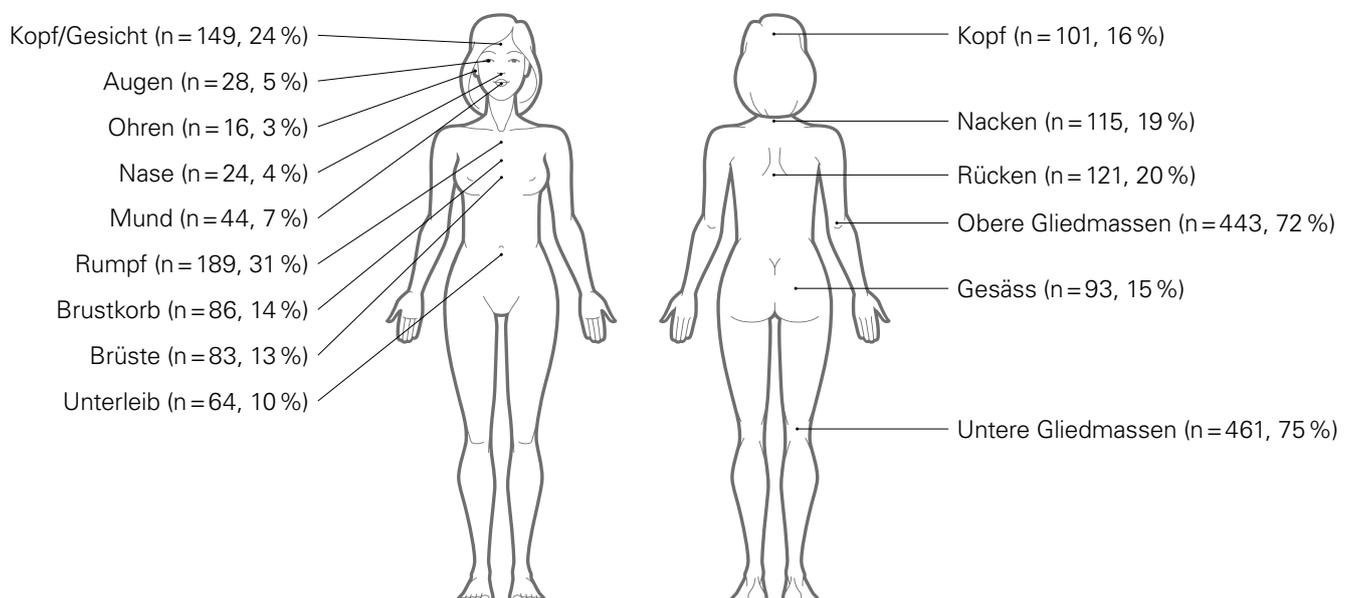
\*4 % gaben 0 Penetrationen an. 72 % gaben mindestens 1 Penetrationsstelle an. 24 % der Frauen gaben an, nicht zu wissen oder sich nicht daran erinnern zu können, ob es eine Penetration gab.

Bei 66 Patient/innen war der sexuelle Übergriff die erste vaginale Penetration des Opfers (9%). Entsprechend der Altersstruktur der Stichprobe gaben 6 % der Patient/innen an, dass sie in den Wechseljahren waren. 31 % der Patient/innen benutzten eine Form der Empfängnisverhütung, während 9 % der Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt des Übergriffs menstruierten und ein weiteres Prozent schwanger war.

Fast 60 % (n=379) erklärten, dass während des Übergriffs kein Kondom benutzt wurde, und nur 6 % der Opfer gaben an, dass ein Kondom benutzt wurde. 32 % waren sich aufgrund von Amnesie nicht sicher, ob ein Kondom benutzt wurde oder nicht.

Bei 48 % (n=355) der sexuellen Übergriffe wurde körperliche oder psychische Gewalt angewendet, weitere 22 % der Patient/innen waren aufgrund von Amnesie diesbezüglich unsicher. Von den Patient/innen, die Gewalt erlebt hatten, beschrieben 95 % (n=336), dass es sich um körperliche Gewalt handelte, und weitere 32 % (n=114), dass sie psychische Gewalt erlebt hatten. Es wurden verschiedene Arten körperlicher Gewalt angewandt, wie z. B. gegen den eigenen Willen festgehalten (n=244), geschlagen (36 %), geschubst oder gestossen (31 %), gewürgt (25 %), an den Haaren gezogen (15 %) oder gebissen (7 %) zu werden. In 31 sexuellen Übergriffsfällen wurde eine Waffe verwendet, wobei ein Messer die am häufigsten verwendete Waffe war.

**Abbildung 2:** Körperverletzungen nach Stelle (n=619, 84 %)

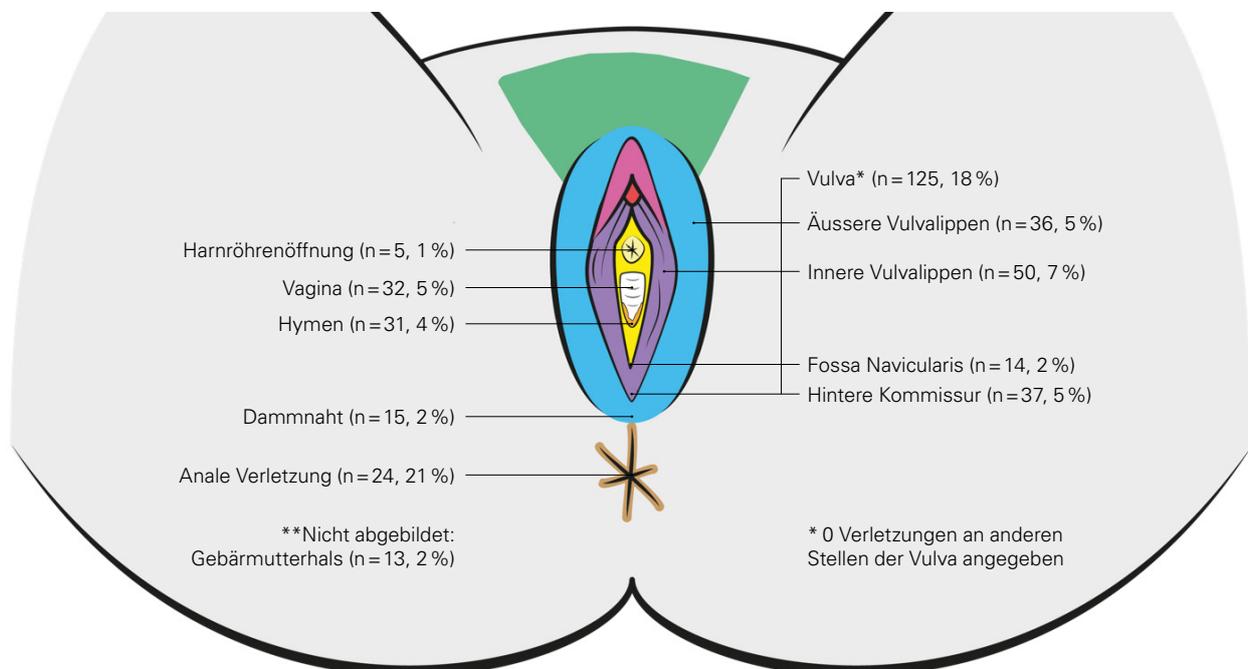


Die Rechtsmediziner/innen stellten in 84 % der Berichte über sexuelle Übergriffe (n=619) Körperverletzungen fest (Abbildung 2). In der Reihenfolge der Häufigkeit waren die Verletzungen der unteren Gliedmassen (n=461, 75 %) und der oberen Gliedmassen

(n=443, 72 %), gefolgt von Verletzungen des Rumpfes (n=189, 31 %) und an Kopf/Gesicht (n=149, 24 %), am Rücken (n=121, 20 %), im Nacken (n=115, 19 %) und am Gesäss (n=93, 15 %) die am häufigsten festgestellten Verletzungen des Körpers.

**Abbildung 3:** Anogenitale Verletzungen (n=196, 28 %) nach Lokalisation bei Patient/innen, die sich einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen haben (n=705). Anale Verletzungen bei 21% (n=24) bei Patient/innen, die sich einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen und über anale Penetration berichteten (n=113). Genitalverletzungen bei n=129 Patient/innen (28%), die sich einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen und über vaginale Penetration berichteten (n=467).

Illustration: Romain Dewaele<sup>®</sup> www.unige.ch/ssi



### Gynäkologische Untersuchung

Von den 740 Patient/innen, die einen sexuellen Übergriff angaben, verzichteten 23 aus verschiedenen Gründen auf eine gynäkologische Untersuchung. Der häufigste Grund war, dass die Untersuchung verweigert wurde (n=16, 70 %). Für weitere 12 Studienteilnehmende waren keine Daten zur gynäkologischen Untersuchung verfügbar.

### Genitale Verletzungen

Von den 705 Patient/innen, die sich einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen, wiesen 24 % (n=172) eine Verletzung der Genitalien auf. Unter den 467 Personen, die eine vaginale Penetration angaben, lag der Prozentsatz der Genitalverletzungen bei 28 % (n=129) (Tabelle 3).

Genitalverletzungen lagen bei 21 % der Patient/innen im Alter von 19–49 Jahren, bei 30 % der Patient/innen im Alter von 14–19 Jahren und bei 33 % der Patient/innen im Alter von 50–93 Jahren vor. Je früher die Untersuchung stattfand, desto häufiger wurden Verletzungen der Genitalien beobachtet (< 24 h: 27 %, 24 h–72 h: 25 %, Abnahme auf 16 % bei Untersuchungen zwischen 72 h und 1 Woche und schliesslich 12 % bei 1 Woche oder mehr).

Genitalverletzungen wurden in 38 % der sexuellen Übergriffsfälle mit mehr als einem/einer Täter/in und in 25 % der sexuellen Übergriffsfälle mit einem/einer einzigen Täter/in beobachtet. Wenn das Opfer den/die Angreifer/in kannte, lag der Prozentsatz der Genitalverletzungen bei 24 % gegenüber 31 %, wenn der /die Angreifer/in unbekannt war. Bei digitaler vaginaler Penetration (Penetration mit dem Finger) und peniler vaginaler Penetration

waren die Prozentsätze für die Verletzungen der Genitalien ähnlich (28 % vs. 27 %). Es gab 7 Fälle von vaginaler Penetration mit einem Gegenstand, von denen 3 (43 %) eine Genitalverletzung aufwiesen.

Verletzungen der Vulva waren die häufigsten genitalen Verletzungen, insbesondere an den inneren Vulvalippen (n=50, 7 %), der hinteren Kommissur (n=37, 5 %) und den äusseren Vulvalippen (n=36, 5 %) (Abbildung 3).

## Anale Verletzungen

Von den 705 Patient/innen, die sich einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen, wiesen 5 % (n=38) eine anale Verletzung auf. Von den 113 Patient/innen, die eine anale Penetration angaben, wiesen 21 % (n=24) eine Verletzung auf (Tabelle 4).

**Tabelle 3:** Häufigkeit genitaler Verletzungen bei Patient/innen, bei denen eine gynäkologische Untersuchung durchgeführt wurde (n=705). Alle Daten sind als n (Zeilen-Prozent) angegeben.

Variable	Antworten	Alle (N = 705)	Keine Genitalverletzung (N = 533)	Genitalverletzung (N = 172)
Alter	14–19	212	148 (70)	64 (30)
	20–49	451	357 (79)	94 (21)
	50–93	42	28 (67)	14 (33)
Zeit zwischen Übergriff und Untersuchung	< 24 h	357	260 (73)	97 (27)
	24–72 h	223	168 (75)	55 (25)
	72 h–7 T	91	76 (84)	15 (16)
	> 1 W	32	28 (88)	4 (12)
	n. v.	2	1	1
Angreifer/in bekannt	Nein	196	135 (69)	61 (31)
	Ja	409	311 (76)	98 (24)
	Unbekannt (Amnesie)	100	87 (87)	13 (13)
Anzahl der Täter/innen	Einer	541	406 (75)	135 (25)
	Mehrere	52	32 (62)	20 (38)
	Unbekannt (Amnesie)	112	95 (85)	17 (15)
Vaginale Penetration	Nein	47	42 (89)	5 (11)
	Ja	467	338 (72)	129 (28)
	Unbekannt (Amnesie)	177	145 (82)	32 (18)
	n. v.	14	8	6
Vaginale Penetration – Penis	Nein	118	91 (77)	27 (23)
	Ja	396	289 (73)	107 (27)
	Unbekannt (Amnesie)	177	145 (82)	32 (18)
	n. v.	14	8	6
Vaginale Penetration – Finger	Nein	331	248 (75)	83 (25)
	Ja	183	132 (72)	51 (28)
	Unbekannt (Amnesie)	177	145 (82)	32 (18)
	n. v.	14	8	6
Vaginale Penetration – Objekt/e	Nein	507	376 (74)	131 (26)
	Ja	7	4 (57)	3 (43)
	Unbekannt (Amnesie)	177	145 (82)	32 (18)
	n. v.	14	8	6
Anzahl der vaginalen Penetratoren	Keine	50	43 (86)	7 (14)
	Einer	342	249 (73)	93 (27)
	Mehrere	122	88 (72)	34 (28)
	Unbekannt (Amnesie)	177	145 (82)	32 (18)
	n. v.	14	8	6
Anale Penetration	Nein	386	289 (75)	97 (25)
	Ja	113	77 (68)	36 (32)
	Unbekannt (Amnesie)	186	154 (83)	32 (17)
	n. v.	20	13	7

**Tabelle 4:** Häufigkeit von Analverletzungen bei Patient/innen, bei denen eine gynäkologische Untersuchung durchgeführt wurde (n=705). Alle Daten sind als n (Zeilen-Prozent) angegeben.

<b>Variable</b>	<b>Antworten</b>	<b>Alle (N = 705)</b>	<b>Keine anale Verletzung (N = 667)</b>	<b>Anale Verletzung (N = 38)</b>
Alter	14–19	212	206 (97)	6 (3)
	20–49	451	423 (94)	28 (6)
	50–93	42	38 (90)	4 (10)
Zeit zwischen Übergriff und Untersuchung	< 24 h	357	337 (94)	20 (6)
	24–72 h	223	210 (94)	13 (6)
	72 h–7 T	91	87 (96)	4 (4)
	> 1 W	32	31 (97)	1 (3)
	n. v.	2	2	0
Angreifer/in bekannt	Nein	196	183 (93)	13 (7)
	Ja	409	387 (95)	22 (5)
	Unbekannt (Amnesie)	100	97 (97)	3 (3)
Anzahl der Täter/innen	Einer	541	512 (95)	29 (5)
	Mehrere	52	48 (92)	4 (8)
	Unbekannt (Amnesie)	112	107 (96)	5 (4)
Anale Penetration	Nein	386	380 (98)	6 (2)
	Ja	113	89 (79)	24 (21)
	Unbekannt (Amnesie)	186	180 (97)	6 (3)
	n. v.	14	18	2
Anale Penetration – Penis	Nein	415	406 (98)	9 (2)
	Ja	84	63 (75)	21 (25)
	Unbekannt (Amnesie)	186	180 (97)	6 (3)
	n. v.	20	18	2
Anale Penetration – Finger	Nein	462	436 (94)	26 (6)
	Ja	37	33 (89)	4 (11)
	Unbekannt (Amnesie)	186	180 (97)	6 (3)
	n. v.	20	18	2
Anale Penetration – Objekt	Nein	496	467 (94)	29 (6)
	Ja	3	2 (67)	1 (33)
	Unbekannt (Amnesie)	186	180 (97)	6 (3)
	n. v.	20	18	2
Anzahl der analen Penetratoren	Keine	386	380 (98)	6 (2)
	Einer	102	80 (78)	22 (22)
	Mehrere	11	9 (82)	2 (18)
	Unbekannt (Amnesie)	186	180 (97)	6 (3)
	n. v.	20	18	2
Vaginale Penetration	Nein	47	40 (85)	7 (15)
	Ja	467	445 (95)	22 (5)
	Unbekannt (Amnesie)	177	169 (95)	8 (5)
	n. v.	14	13	1

**Tabelle 5:** Faktoren nach Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Konsultation bei sexuellem Übergriff. Alle Daten sind als n (Zeilen-Prozent) angegeben.

Variable	Modalität	Alle* (N=738)	Späte (≥ 24 h) Konsultation (N=364)	Frühe (< 24 h) Konsultation (N=374)
Beeauftragt von der Polizei oder Staatsanwaltschaft	Nein	440	252 (57)	188 (43)
	Ja	298	112 (38)	186 (62)
Alter	14–19	220	101 (46)	119 (54)
	20–49	474	238 (50)	236 (50)
	50–93	44	25 (57)	19 (43)
Anwendung von körperlicher Gewalt	Nein	235	119 (51)	116 (49)
	Ja	336	172 (51)	164 (49)
	Unbekannt (Amnesie)	159	70 (44)	89 (56)
	Fehlt	8	3	5
Waffe	Nein	536	270 (50)	266 (50)
	Ja	31	18 (58)	13 (42)
	Unbekannt	162	72 (44)	90 (56)
	Fehlt	9	4	5
Amnesie	Nein	473	233 (49)	240 (51)
	Ja	265	131 (49)	134 (51)
Angreifer/in bekannt	Nein	206	88 (43)	118 (57)
	Ja	430	240 (56)	190 (44)
	Unbekannt (Amnesie)	102	36 (35)	66 (65)
Anzahl der Täter/innen	Einer	568	291 (51)	277 (49)
	Mehrere	56	29 (52)	27 (48)
	Unbekannt (Amnesie)	114	44 (39)	70 (61)
Alkohol vor dem Übergriff	Nein	262	157 (60)	105 (40)
	Ja	442	183 (41)	259 (59)
	Unbekannt	33	23 (70)	10 (30)
	Fehlt	1	1	0
Drogen vor dem Übergriff	Nein	611	310 (51)	301 (49)
	Ja	121	52 (43)	69 (57)
	Fehlt	6	2	4
Vaginale Penetration	Nein	59	31 (53)	28 (47)
	Ja	485	244 (50)	241 (50)
	Unbekannt (Amnesie)	180	85 (47)	95 (53)
	Fehlt	14	4	10
Vaginale Penetration – Penis	Nein	134	64 (48)	70 (52)
	Ja	410	211 (51)	199 (49)
	Unbekannt (Amnesie)	180	85 (47)	95 (53)
	Fehlt	14	4	10
Vaginale Penetration – Finger	Nein	348	177 (51)	171 (49)
	Ja	196	98 (50)	98 (50)
	Unbekannt (Amnesie)	180	85 (47)	95 (53)
	Fehlt	14	4	10
Vaginale Penetration – Objekt(e)	Nein	536	268 (50)	268 (50)
	Ja	8	7 (88)	1 (12)
	Unbekannt (Amnesie)	180	85 (47)	95 (53)
	fehlt	14	4	10
Anzahl der vaginalen Penetratoren	Keine	62	32 (52)	30 (48)
	Einer	350	170 (49)	180 (51)
	Mehrere	132	73 (55)	59 (45)
	Unbekannt (Amnesie)	180	85 (47)	95 (53)
	Fehlt	14	4	10
Anale Penetration	Nein	407	199 (49)	208 (51)
	Ja	122	67 (55)	55 (45)
	Unbekannt (Amnesie)	189	89 (47)	100 (53)
	Fehlt	20	9	11
Anale Penetration – Penis	Nein	438	210 (48)	228 (52)
	Ja	91	56 (62)	35 (38)
	Unbekannt (Amnesie)	189	89 (47)	100 (53)
	Fehlt	20	9	11
Anale Penetration – Finger	Nein	489	248 (51)	241 (49)
	Ja	40	18 (45)	22 (55)
	Unbekannt (Amnesie)	189	89 (47)	100 (53)
	Fehlt	20	9	11
Anale Penetration – Objekt/e	Nein	526	265 (50)	261 (50)
	Ja	3	1 (33)	2 (67)
	Unbekannt (Amnesie)	189	89 (47)	100 (53)
	Fehlt	20	9	11
Anzahl der analen Penetratoren	Keine	407	199 (49)	208 (51)
	Einer	110	59 (54)	51 (46)
	Mehrere	12	8 (67)	4 (33)
	Unbekannt (Amnesie)	189	89 (47)	100 (53)
	Fehlt	20	9	11
Orale Penetration	Nein	378	187 (49)	191 (51)
	Ja	154	82 (53)	72 (47)
	Unbekannt (Amnesie)	188	87 (46)	101 (54)
	Fehlt	18	8	10

\*Zeit bis zur Konsultation fehlte bei 2 Frauen.

**Tabelle 6:** Häufigkeit der Behandlung und der Nachsorgetermine. Alle Daten sind als n (Zeilen-Prozent) angegeben.

Variable	Modalität	N=740
Verordnete Notfallverhütung	Nein	261 (35)
	Ja	225 (30)
	Fehlt	254 (34)
Gonorrhö-Prophylaxe (Ceftriaxon)	Nein	135 (18)
	Ja	213 (29)
	Fehlt	392 (53)
Chlamydien-Prophylaxe (Azithromycin)	Nein	120 (16)
	Ja	251 (34)
	Fehlt	368 (50)
	Nicht zutreffend	1
Hepatitis B Immunglobulin/Impfstoff	Nein	273 (37)
	Ja	111 (15)
	Fehlt	353 (48)
	Nicht zutreffend	3
PEP-Starter und verordnete PEP	Nein	201 (27)
	Ja	226 (31)
	Fehlt	311 (42)
	Nicht zutreffend	2
Termin in der Abteilung für Infektionskrankheiten vorgeschlagen (HUG)		N=440
	Nein	73 (17)
	Ja	154 (35)
	Fehlt	213 (48)
Von UIMPV vorgeschlagener Termin (HUG)		N=440
	Nein	49 (11)
	Ja	218 (50)
	Fehlt	173 (39)

**Tabelle 7:** Alkoholkonsum nach Art des Täters/der Täterin (wenn bekannt). Alle Daten sind als n (Zeilen-Prozent).

Typ Täter/in	N	Kein Alkohol (N=264)	Alkohol (N=442)	Unbekannter Alkoholkonsum (N=33)
Freund/in / Kolleg/in / Peer / Bekannte/r	226	93 (41)	127 (56)	6 (3)
Unbekannt (Täter/in dem Opfer unbekannt)	206	51 (25)	142 (69)	13 (6)
Unbekannt (Amnesie)	103	10 (10)	90 (87)	3 (3)
Aktuelle/r Intimpartner/in	73	45 (62)	22 (30)	6 (8)
Andere/r (dem Opfer bekannt)	39	17 (44)	19 (49)	3 (8)
Frühere/r Intimpartner/in	37	19 (51)	16 (43)	2 (5)
Andere/r (dem Opfer unbekannt)	14	2 (14)	11 (79)	1 (7)
Familienmitglied	13	7 (54)	6 (46)	0 (0)
Bekanntschaft aus sozialem Netzwerk/Internet	12	8 (67)	4 (33)	0 (0)
Autoritätsperson/Betreuungsperson	10	9 (90)	1 (10)	0 (0)
Fehlt	6	3 (50)	3 (50)	0 (0)
Angabe nicht vorhanden (n.v.)	1	NA	1	NA

Von den Patient/innen, die kein Verhütungsmittel verwendeten, nicht schwanger oder in den Wechseljahren waren, gaben 264 eine penil-vaginale Penetration und/oder eine penil-ale Penetration an. Von diesen 264 Patient/innen erhielten 118 (45 %) eine Notfallverhütung, während 34 (13 %) keine erhielten. Die 34 Patient/innen ohne Notfallverhütung verweigerten diese (n=12) oder der Grund für die Nichtverhütung ist nicht bekannt (n=22). Für 111 Patient/innen (42 %) ist nicht bekannt, ob eine Notfallverhütung angewandt wurde oder nicht.

Eine Antibiotikaprophylaxe für Gonorrhö (Ceftriaxon 500 mg) wurde 29 % der Opfer verschrieben, während 34 % der Opfer eine Antibiotikaprophylaxe für Chlamydien (Azithromycin 1 g) verschrieben wurde. Auch die Postexpositionsprophylaxe zum Schutz vor einer HIV-Infektion (HIV-PEP Emtricitabin/Tenofovir und Lopinavir/Ritonavir) wurde in 31 % der Fälle verschrieben. Bei 42 % der Fälle war die Verschreibung unbekannt. In Genf wurde 35 % der Patient/innen empfohlen, einen Folgetermin bei einer Fachperson für Infektionskrankheiten wahrzunehmen.

# Diskussion

---

Unsere Studie beleuchtet die wichtigsten soziodemografischen Merkmale und die Übergriffcharakteristika von Opfern, die zwischen 2018 und 2021 in den Kantonen Genf und Waadt (Schweiz) einen sexuellen Übergriff gemeldet haben. Die Ergebnisse können genutzt werden, um evidenzbasierte und fundierte Präventions-, Betreuungs- und Aufklärungskampagnen gegen sexuelle Übergriffe auf Frauen und Männer durchzuführen, die auch die Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich Vergewaltigung und Rape Culture berücksichtigen, um Mythen über Vergewaltigung und sexuelle Nötigung vorzubeugen.

## Prävention

Vergewaltigung muss nicht unbedingt durch eine fremde Person erfolgen.

Einer der häufigsten Mythen über Vergewaltigung und andere sexuelle Übergriffe ist, dass an einer Vergewaltigung in der Regel eine fremde Person beteiligt ist. Wie jedoch auch gross angelegte Umfragen zu Gewalt und Geschlechterverhältnissen aufgezeigt haben, unterstreichen auch unsere Ergebnisse, dass bei einer Vergewaltigung nicht zwangsläufig eine fremde Person beteiligt ist. So gaben 58 % der Patient/innen, die unsere Notfallstationen aufsuchten, an, die angreifende Person zu kennen<sup>(39)</sup>. Die Population, welche die Notfallstationen aufgesucht hat, unterscheidet sich jedoch von jener, welche die Opferberatungsstellen aufgesucht hat: Im Vergleich zu den Personen, die sich an eine Opferberatungsstelle wendeten, ist unsere Population jünger und die angreifende Person ist seltener ein/e Intimpartner/in, sondern öfter ein/e Freund/in, Kolleg/in oder eine/ein Bekannte/r (53 %). Opfer von Gewalt in Paarbeziehungen melden den sexuellen Übergriff möglicherweise seltener, nie oder anderswo als in einer Notfallstation. Dies ist nicht nur aus epidemiologischer Sicht wichtig, sondern auch für die Planung der medizinischen Behandlung und Nachsorge für verschiedene Bevölkerungsgruppen sowie für die Planung der Sensibilisierung und Schulung des medizinischen Fachpersonals.

## Wochenenden/Sommer

Ein Schlüsselergebnis unserer Studie kann dazu beitragen, die Versorgung von Opfern sexueller Übergriffe sowie Präventions- und Aufklärungsstrategien zu verbessern: in den Sommermonaten und an Wochenenden werden in der Notfallstation häufiger sexuelle

Übergriffe gemeldet. Die Notfallstationen der Schweizer Spitäler sollten sich der erhöhten Häufigkeit von sexuellen Übergriffen in diesen Zeiten bewusst sein und sich entsprechend vorsehen. Ein Bericht, der die saisonalen Muster der Kriminalität von 1993 bis 2010 in den Vereinigten Staaten analysierte, zeigte ähnliche Ergebnisse, nämlich dass im Sommer prozentual mehr Vergewaltigungen und mehr Fälle sexueller Nötigung auftreten als im Winter, Frühling und Herbst<sup>(40)</sup>. Es ist jedoch nicht bekannt, warum diese Straftaten eher im Sommer geschehen und ob dies mit den Temperaturen, der höheren Anzahl Stunden mit Tageslicht, flexibleren, urlaubsähnlichen Zeitplänen oder der leichteren Bekleidung sowohl des Opfers als auch des Angreifers bzw. der Angreiferin zusammenhängt<sup>(41)</sup>. Ein Bericht, in dem die Muster sexueller Übergriffe in Grossbritannien nach Wochentagen analysiert wurden, zeigte ähnliche Ergebnisse: An den Wochenenden (Freitag, Samstag, Sonntag) traten mehr sexuelle Übergriffsfälle auf. Ausserdem wurde festgestellt, dass sich bei besserem Wetter mehr Menschen im Freien trafen, und zwar länger und später, was zu einem Anstieg der Fälle von sexuellen Übergriffen führte<sup>(41)</sup>. Präventionsbemühungen und Aufklärungskampagnen, einschliesslich der Aufklärung und Entmystifizierung von Vergewaltigungsmymen, die auf gängigen Stereotypen beruhen, könnten während Sommerfestivals und des sommerlichen Nachtlebens ihre volle Wirkung entfalten<sup>(42)</sup>.

Bestehende und künftige Informationsquellen und Kampagnen könnten sowohl Präventionsbotschaften beinhalten wie auch darüber aufklären, was im Falle eines sexuellen Übergriffs zu tun ist, z. B. wann, wo und warum man eine Notfallstation aufsuchen sollte. Auf der aktuellen Website des Kantons Waadt wird bereits erklärt, wo und wie man sich nach einem sexuellen Übergriff in ärztliche Behandlung begeben kann<sup>(43)</sup>. Die Website des Kantons Genf verweist hauptsächlich auf die Polizei und erwähnt die Möglichkeit, das Spital aufzusuchen, um Beweise für den Übergriff zu erhalten<sup>(44)</sup>. Die verfügbaren Informationen könnten mit klaren Hinweisen darauf aktualisiert werden, wie die Beweise gesammelt werden und welche medizinische Versorgung die Opfer erhalten können. Dies, auch wenn sie keine Beweise sammeln oder keine Anzeige erstatten, sondern lediglich prophylaktische Behandlungen, Beratung, Informationen und psychologische Unterstützung erhalten möchten.

## Amnesie, Substanzkonsum, Trauma

Viele Querschnittstudien stellen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum (Opfer, Täter/ in oder beide) und dem sexuellen Übergriff fest<sup>(30,45-47)</sup>. Alkohol wird häufig als Risikofaktor für sexuelle Übergriffe genannt. Zwischen 34 % und 74 % der Sexualtäter/innen geben an, zum Zeitpunkt des sexuellen Übergriffs Alkohol konsumiert zu haben<sup>(48-50)</sup>. Alkohol- und Drogenkonsum verringert die Risikowahrnehmung von Opfern und Täter/innen und erhöht die Anfälligkeit für Gewaltanwendung<sup>(48,51)</sup>. Wie bei früheren Veröffentlichungen ist auch in unserer Population der Alkohol- und Drogenkonsum bei jenen Patient/innen weit verbreitet, die einen sexuellen Übergriff gemeldet haben. Es wurden in unserer Studie keine systematischen toxikologischen Untersuchungen durchgeführt, so dass wir nicht in der Lage sind, Aussagen zum Alkohol- und Drogenkonsum der mutmasslichen Sexualtäter/innen zu machen. 60 % der Genfer und Lausanner Patientenpopulation, die einen sexuellen Übergriff gemeldet hat, gab an, dass Alkohol im Spiel war. In einer früheren Studie, die im Genfer Universitätsspital durchgeführt wurde, konsumierten 48 % der wegen sexueller Übergriffe vorstellig gewordenen Patient/innen Alkohol<sup>(45)</sup>. Die Tatsache, dass in dieser früheren Studie auch Kinder einbezogen wurden, könnte erklären, warum der Alkoholkonsum weniger häufig war. Während in anderen Studien bei bis zu 34 % der Fälle sexuellen Übergriffs Drogenkonsum angegeben wurde, gaben lediglich 16 % unserer Opferpopulation an, vor dem Übergriff Drogen konsumiert zu haben (n=121)<sup>(52)</sup>.

Einige Forscher/innen unterscheiden zwischen substanzbedingter Viktimisierung oder Vergewaltigung einer zum Widerstand unfähigen Person und gewaltsamer Vergewaltigung<sup>(26, 28)</sup>. In diesen Arbeiten beinhaltet die gewaltsame Vergewaltigung die Anwendung von körperlicher Gewalt oder die Androhung von Gewalt oder Schaden. Eine Vergewaltigung einer zum Widerstand unfähigen Person wird in der Regel mit ihrem «freiwilligen Konsum» oder der unwissentlichen Einnahme von Substanzen in Verbindung gebracht und ist so eine durch Drogen oder Alkohol begünstigte Vergewaltigung. Eine solche Unterscheidung wurde als nützlich erachtet, um Präventions- und Informationskampagnen durchzuführen, sowie als Teil eines Mindestdatensatzes über sexuelle Übergriffe<sup>(46,51)</sup>. Laut Testa und Livingston et al. «scheint es, dass die meisten Fälle von «Vergewaltigung unter Alkoholeinfluss» infolge des freiwilligen Konsums grosser Mengen Alkohol geschehen und nicht auf die absichtliche Berausung der Frau durch den/die Täter/in zurückzuführen sind», insbesondere

bei jüngeren Frauen<sup>(46)</sup>. Bei sexuellen Übergriffen durch den aktuellen Intimpartner oder die aktuelle Intimpartnerin ist Alkoholkonsum seltener als bei jeder anderen Art von Beziehung, was sich auch in unserer Population widerspiegelt (Tabelle 7)<sup>(46)</sup>. Alkohol kann mit einem erhöhten Risiko für sexuelle Übergriffe verbunden sein, insbesondere durch nicht-intime Partner/innen<sup>(53,54)</sup>. Mit starkem Alkoholkonsum steigt dieses Risiko<sup>(46)</sup>. Die WHO definiert Rauschtrinken (HED) als Konsum von mindestens 60 Gramm reinem Alkohol bei einer einzigen Gelegenheit<sup>(55)</sup>. Ein Konsum von 60 Gramm reinem Alkohol entspricht ungefähr 6 alkoholischen Standardgetränken (z. B. 1 Glas Wein (1 dl) 12 Vol.-% = 9,6 g Ethanol, 1 Bier (3 dl) 4,5 Vol.-% = 10,8 g Ethanol)<sup>(55,56)</sup>. Für künftige Forschungs- und Präventionsbemühungen empfehlen wir, zwischen Rauschtrinken und anderen Arten des Konsums zu unterscheiden. Bessere Kenntnisse in diesem Bereich könnten Präventions- und Risikominderungsprogramme unterstützen. Künftige Präventionskampagnen in der Schweiz könnten unsere Daten nutzen, um das Bewusstsein für sicheren und einvernehmlichen Geschlechtsverkehr zu schärfen, v. a. im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Des Weiteren kann dadurch ein gemeinschaftsbasierter Ansatz verfolgt werden, um zu vermeiden, dass die Prävention nur auf den Schultern der einzelnen Frauen lastet.

Starker Alkoholkonsum könnte zur Amnesie beitragen. Die Hälfte der Patient/innen, die Alkohol konsumiert hatten, klagten auch über Amnesie, während weniger als 15 % der Patient/innen, die angaben, keinen Alkohol konsumiert zu haben, unter Amnesie litten. Wir sind jedoch nicht in der Lage, diesbezüglich aus unsere Analyse Schlussfolgerungen zu ziehen, da wir nicht wissen, ob und wie die Amnesie mit dem Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen, einem Trauma oder mehreren damit verbundenen Ursachen zusammenhängt. Peri-traumatische Dissoziation wird definiert als «eine komplexe Reihe von Reaktionen zum Zeitpunkt eines Traumas, zu denen Depersonalisation, Derealisation, dissoziative Amnesie, ausserkörperliche Erfahrungen, emotionale Taubheit sowie eine veränderte Zeitwahrnehmung gehören»<sup>(57)</sup>. Frühere Studien haben Zusammenhänge zwischen solchen peri-traumatischen Dissoziationen und akuten sowie posttraumatischen Belastungsstörungen festgestellt<sup>(57-59)</sup>. Schulungen zur Verbesserung des Wissens und der Erkennung von Risikofaktoren im Zusammenhang mit akuten Belastungsstörungen könnten die Gesundheitsversorgung derjenigen Patient/innen verbessern, die in der akuten Phase Interventionen benötigen, um das Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung zu verringern<sup>(59)</sup>.

## Reviktimisierung

Ein früherer sexueller Übergriffsfall ist ein grosser Risikofaktor für eine erneute sexualisierte Viktimisierung<sup>(60-62)</sup>. Eine mit unserer Studie vergleichbare, retrospektive italienische Studie über 10 Jahre ergab, dass 26,7 % der Frauen, die einen sexuellen Übergriff meldeten, schon zuvor sexuellen Übergriffen ausgesetzt waren. In unserer Stichprobe wurden 19 % der Fälle sexueller Übergriffe von Patient/innen gemeldet, die bereits mindestens einen früheren sexuellen Übergriff erlebt hatten, während bei 64 % der Meldungen über sexuelle Übergriffe die Information darüber fehlte, ob ein früherer Übergriff stattgefunden hatte. In einer kürzlich veröffentlichten Metaanalyse wurde festgestellt, dass fast 50 % aller Opfer, die als Kind sexuell missbraucht wurden, später sexuell reviktimisiert werden<sup>(62)</sup>. Eine solch hohe Prävalenz der Reviktimisierung unterstreicht die Notwendigkeit, alle Patient/innen systematisch zu fragen, ob sie Gewalt erleben oder erlebt haben, um die notwendige Unterstützung zu leisten. Sie unterstreicht auch die Notwendigkeit, sowohl Patient/innen als auch Fachkräfte des Gesundheitswesens darüber zu informieren, dass ein früherer Übergriff das Risiko erhöht, erneut Opfer eines Übergriffs zu werden, so dass ein solcher letztendlich verhindert oder entsprechend behandelt werden kann. Kürzlich haben Forscher/innen einen Zusammenhang zwischen Hypersexualität oder zwanghaftem Sexualverhalten (anhaltende Unfähigkeit, intensive, wiederkehrende sexuelle Impulse oder Triebe zu kontrollieren) und erlebten Traumata festgestellt. Posttraumatische Symptome führen möglicherweise über Depression, Scham und Schuldgefühle zu zwanghaftem Sexualverhalten<sup>(64)</sup>.

## Behandlung

Im Fall eines sexuellen Übergriffs finden die rechtsmedizinischen Untersuchungen in der Regel innerhalb einer kurzen Zeit in der Notfallstation statt und bieten somit eine einmalige Gelegenheit, Patient/innen die notwendige Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen, ungewollter Schwangerschaft und psychischen Symptomen zukommen zu lassen. In unserer Stichprobe suchten 83 % der Patient/innen innerhalb von 72 Stunden nach dem sexuellen Übergriff eine Notfallstation auf.

Nur 31 % (n=230) gaben an, ein Verhütungsmittel zu verwenden. Das ist extrem wenig im Vergleich zu den zwei Dritteln der Frauen, die nach Angaben des Bun-

desamts für Statistik eine oder mehrere Verhütungsmethoden verwenden<sup>(65)</sup>. Ausserdem gaben in unserer Stichprobe nur zwischen 6 % und 11 % an, dass beim Übergriff ein Kondom verwendet wurde. Ein Notfallkontrazeptivum (Ulipristalacetat 30 g oder ein Kupfer-Intrauterinpessar) kann bis zu 5 Tage (120 Stunden) nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr verschrieben bzw. eingesetzt werden. Diese Informationen sollten in den Aufklärungskampagnen verfügbar sein.

Einunddreissig Prozent der Patient/innen erhielten das Starterkit für die Postexpositionsprophylaxe, bis sie ein Folgegespräch mit einer Fachperson für Infektionskrankheiten (HUG) oder mit dem Gynäkologen bzw. der Gynäkologin (CHUV) hatten. Unsere retrospektive Analyse wurde durch die fehlenden Informationen zu den verschriebenen medizinischen Behandlungen oder Folgeterminen in den Berichten der Patient/innen zum sexuellen Übergriff eingeschränkt (fehlende Daten: Nachbehandlung von Infektionskrankheiten: 61 %, Notfallverhütung: 34 %, prophylaktische Antibiotika für Gonorrhö: 53 %, prophylaktische Antibiotika für Chlamydien: 50 %). Im Vergleich dazu erhielten in einer Studie aus den USA, in der 939 sexuelle Übergriffsmeldungen und die in der Folge verschriebenen Medikamente beim Besuch in der Notfallstation untersucht wurden, 45,3 % der Patient/innen eine Notfallverhütung, während 97,3 % keine antivirale Prophylaxe nach der Exposition erhielten. Diese Studie fand auch heraus, dass die Wahrscheinlichkeit der Verschreibung von Antibiotika und Notfallkontrazeptiva um 48 % abnahm, wenn es sich bei den sexuellen Übergriffsopfern um Intimpartner/innen handelte<sup>(66)</sup>. Studien wie auch unsere klinische Erfahrung zeigen, dass Faktoren wie die Angst der Patient/innen vor sexuell übertragbaren Erkrankungen, HIV und Schwangerschaft mit der Inanspruchnahme einer Behandlung zusammenhängen<sup>(67,68)</sup>. Künftige prospektive Studien können weitere Informationen über Indikationen, Verordnungen, Akzeptanz und Compliance bei Antibiotika, antiretroviralen Medikamenten und Notfallverhütung liefern, die wir derzeit noch nicht untersuchen können. Unsere Protokolle enthalten keine Empfehlungen und Informationen zu HPV. Für Personen, die sexueller Nötigung ausgesetzt waren, besteht jedoch ein Risiko, sich mit HPV zu infizieren, und die Wirksamkeit des HPV-Impfstoffs ist hoch. In Anbetracht des Alters der Population in dieser Kohorte könnten Information und Behandlung auch HPV, Gebärmutterhalsscreening und gegebenenfalls HPV-Impfung beinhalten<sup>(69,70)</sup>.

## COVID-19

Viele Studien stellten fest, dass die Zahl der Patient/innen, die während der COVID-19-Pandemie die Notfallstation aufsuchten, deutlich zurückging. Dazu gehören auch die Frauen, die dies wegen sexuellem Übergriff taten<sup>(71-75)</sup>. Die Fachliteratur zeigt, dass die Zahl der gemeldeten Fälle von sexuellen Übergriffen zu Beginn der Pandemie auf zwischen 30 % und 50 % zurückging<sup>(74,75)</sup>. Mögliche Hypothesen sind der Rückgang einiger Formen sexueller Übergriffe in dieser Zeit, die Angst vor einer Ansteckung mit COVID-19 in den Notfallstationen und die Unkenntnis der Verfügbarkeit der Dienste. Während möglicherweise weniger Fälle sexueller Übergriffe gemeldet wurden, waren die Täter/innen im Vergleich zu den Meldungen vor COVID-19 mit grösserer Wahrscheinlichkeit der/die Intimpartner/in, der/die frühere Intimpartner/in oder ein Familienmitglied<sup>(74,75)</sup>. Viele Länder berichteten über einen Anstieg der häuslichen Gewalt während der COVID-19-Pandemie und insbesondere über eine höhere Inzidenz und Schwere der Gewalt<sup>(76,77)</sup>. Obwohl wir über keine Daten über Meldungen häuslicher Gewalt während COVID-19 verfügen, zeigen unsere Ergebnisse ebenfalls, dass sich im Jahr 2020 weniger Frauen wegen sexuellen Übergriffen in der gynäkologischen Notfallstation der Universitätsspitäler Genf und Lausanne gemeldet haben als in den Jahren 2018, 2019 und 2021.

## Erkennung von Verletzungen/ Beweisdokumentation

Die rechtsmedizinische Forschung hat gezeigt, dass dokumentierte Verletzungen ein wichtiger Faktor für die Vorhersage des Ergebnisses der Strafverfolgung bei sexuellen Übergriffen sein können. Deshalb ist es wichtig, bei der forensischen Untersuchung von Opfern sexueller Übergriffe die Verletzungen zu dokumentieren<sup>(78-80)</sup>. 45 % unserer Patient/innen haben vor dem Eintreffen in der Notfallstation gebadet, sich geduscht oder gewaschen. Obwohl es auch dann noch möglich ist, Beweise zu sichern, ist es für die Opfer am besten, vor der rechtsmedizinischen Untersuchung weder zu baden, zu duschen, sich die Zähne zu putzen, noch auf die Toilette zu gehen. Bei Patient/innen, die innerhalb von 24 Stunden nach dem Übergriff untersucht wurden, wurden häufiger anogenitale Verletzungen festgestellt<sup>(81)</sup>. In der Fachliteratur wird die Prävalenz von anogenitalen Verletzungen mit einem weiten Bereich von 6 % bis 87 % der Opfer angegeben, die wegen sexuellen Übergriffen die Notfallstation

aufsuchen<sup>(81)</sup>. Unsere Studie ergab, dass 28 % (n=196) der Opfer irgendeine Art der anogenitalen Verletzung aufwiesen. Untersuchungen zu Verletzungen durch einvernehmlichen Geschlechtsverkehr zeigen ebenfalls, dass Genitalverletzungen bei einem breiten Spektrum von Patient/innen vorkommen (von 6 % bis 73 %) und, wenn Minderjährige ausgeschlossen werden, von 6 % bis 55 %<sup>(82)</sup>.

## Genitalverletzung

Die Forschung hat gezeigt, dass die Erfahrung und der Ausbildungsstand der untersuchenden Person bei der Erkennung von Verletzungen durch sexuelle Übergriffe die Prävalenz der festgestellten Genitalverletzungen beeinflussen kann<sup>(83,84)</sup>. Da in den Universitätsspitalern Genf und Lausanne Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in verschiedenen Stadien ihrer Weiterbildung tätig sind, stellen die Ärzt/innen möglicherweise abhängig von ihrer Erfahrung unterschiedliche Genitalverletzungen fest. In der Schweiz gibt es noch keine Fachleute, die sich ausschliesslich mit der Dokumentation und Versorgung von Opfern sexueller Übergriffe befassen. Ein weiterer Faktor, der zu einer höheren Sensitivität der anogenitalen Erkennung beiträgt, ist die Durchführung einer groben Visualisierung, einer Anreicherung mit toluidinblauem Farbstoff, einer Kolposkopie oder einer Anoskopie. Die Kolposkopie wird auch zu Dokumentationszwecken, zur Interpretation und zur Überprüfung durch Fachpersonen sowie zu Ausbildungszwecken eingesetzt.

Studien haben gezeigt, dass geschulte Rechtsmediziner/innen mit Hilfe der Kolposkopie bei 71 % bis 86 % der Vergewaltigungsoffer eine anogenitale Verletzung nachweisen können<sup>(85,86)</sup>, was deutlich höher liegt als die 28 % anogenitalen Verletzungen, die in unserer Stichprobe gefunden wurden<sup>(86)</sup>. In denselben Studien wurde festgestellt, dass es kaum einen Unterschied bei der Erkennung anogenitaler Verletzungen gibt, wenn die grobe Visualisierung und die Kolposkopie verwendet werden, sofern die Personen von hochqualifizierten Fachpersonen für sexuelle Übergriffe untersucht werden<sup>(78,86)</sup>. In unserer Studie können wir nicht feststellen, ob das Kolposkop systematisch eingesetzt wurde, obwohl sowohl das CHUV- als auch das HUG-Protokoll vorsehen, dass das Kolposkop systematisch eingesetzt werden sollte. Diese Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass die Ausbildung in der anogenitalen Untersuchung und die Verwendung des Kolposkops durch Assistenzärzt/innen mit weniger

Erfahrung verbessert werden muss. Auch wenn die gynäkologische Untersuchung von Gynäkolog/innen durchgeführt wird, sind auch die Assistenzärzt/innen der Rechtsmedizin bei der Untersuchung anwesend, die Erfahrung im Erkennen von Läsionen haben. Sie können in der Tat gemeinsam mit dem/der Gynäkolog/ in zur Beurteilung und eventuellen Interpretation der Verletzungen beitragen.

### Anale Verletzung

Weitere Studien zur Prävalenz von Analverletzungen nach analer Penetration variieren mit einer Spanne von 16 % bis 22,3 %<sup>(81,87)</sup>. Unsere Ergebnisse liegen innerhalb dieses Bereichs, wobei anale Verletzungen bei etwa 21 % der Patient/innen vorlagen, die eine anale Penetration jeglicher Art (penil, digital oder mit einem Gegenstand) angaben. Analverletzungen werden nach 72 Stunden immer seltener festgestellt, was sich auch in unserer Studie widerspiegelte<sup>(49)</sup>.

In den meisten Fällen führte die anale Penetration zu keinen sichtbaren Analverletzungen. Da die äussere anale Untersuchung möglicherweise nicht ausreicht, um anale Verletzungen sichtbar zu machen, kann eine Anoskopie erforderlich sein. Analverletzungen können auch durch die Verwendung von Körperflüssigkeiten oder anderen Gleitmitteln minimiert werden. Es gibt keine veröffentlichten Studien, die sich mit analen Verletzungen infolge einvernehmlicher analer Penetration befassen<sup>(81)</sup>. Nach der Anwendung von Toluidinblau wurden im Vergleich zur direkten Visualisierung mehr Risse am Anus festgestellt, jedoch nicht bei der Kolposkopie<sup>(78)</sup>.

Wir hoffen, dass unsere Daten zu sexuellen Übergriffen mit analer Penetration zur Änderung der gesetzlichen Definition der Vergewaltigung in der Schweiz beitragen werden.

### Körperverletzungen

Unsere Ergebnisse bestätigen jene anderer Studien, dass körperliche (nichtgenitale) Verletzungen bei sexuell genötigten Personen häufiger sind als anogenitale Verletzungen<sup>(81)</sup>. In 84 % der Meldungen über sexuelle Übergriffe wurden Körperverletzungen festgestellt, wobei Verletzungen an den oberen und unteren Gliedmassen am häufigsten waren. In einer Studie, die von 2005 bis 2014 im Genfer Universitätsspital durchgeführt wurde, stellten Rechtsmediziner/innen bei 63 % der Opfer, die wegen sexuellen Übergriffen die Notfallstation aufsuchten, Körperverletzungen fest<sup>(45)</sup>. Allerdings machten minderjährige Patient/innen 26 % der Stichprobe aus, während unsere Studie Personen ab 14 Jahren einschloss. Die Rechtsmediziner/innen rotieren auch während ihrer Assistenzzeit nicht und sind darin geschult und erfahren, Körperverletzungen zu dokumentieren und zu identifizieren. Dies ist Teil ihrer täglichen Tätigkeit.

### Anzeigerstattung bei der Polizei

In unserer Studie gaben 7 % der Opfer eindeutig an, dass sie nicht beabsichtigten, Anzeige zu erstatten, während 17 % erklärten, dass sie beabsichtigten, ihren Angreifer bzw. ihre Angreiferin anzuzeigen. Für 75 % der sexuellen Übergriffsfälle liegen uns keine weiteren Informationen vor, weil diese Angaben nicht in die Meldung aufgenommen wurden oder weil das Opfer noch nicht entschieden hatte, ob es Anzeige gegen den/die Täter/in erstatten würde. In den USA deuten gross angelegte Studien darauf hin, dass nur 5 % bis 20 % der sexuellen Übergriffsfälle bei der Polizei angezeigt werden. In Grossbritannien zeigten die jüngsten Schätzungen der «Crime Survey for England and Wales» (CSEW), dass weniger als eines von sechs (16 %) weiblichen Opfern und weniger als eines von fünf (19 %) männlichen Opfern im Alter von 16 bis 59 Jahren sexuelle Übergriffe durch Vergewaltigung oder Penetration ab dem Alter von 16 Jahren bei der Polizei angezeigt haben<sup>(25)</sup>. Zur Erinnerung: Im Jahr 2021 wurden laut Schweizer polizeilicher Kriminalstatistik 757 Vergewaltigungen und 720 sexuelle Nötigungen gemeldet<sup>(23)</sup>. Wenn wir konservativ davon ausgehen, dass nur 20 % der Fälle sexueller Übergriffe bei der Polizei angezeigt werden, könnte man eine hypothetische Schätzung der Anzahl sexueller Übergriffsfälle extrapolieren. In diesem Fall würde diese Anzahl bei weitem über 700 liegen (3785 Vergewaltigungen und 3600 Fälle sexueller Nötigung). Es gibt eine Vielzahl

von Gründen, warum Opfer sexueller Übergriffe keine Anzeige bei der Polizei erstatten, wie z. B. Scham, mangelndes Vertrauen in das Strafrechtssystem, Angst vor Vergeltungsmassnahmen. Forschungsergebnisse zeigen auch, dass viele Opfer sexueller Übergriffe diese nicht zwangsläufig als Übergriff erkennen und deshalb keine Anzeige erstatten<sup>(89,90)</sup>. Dies kann auch zu einer Reviktimisierung führen.

Die meisten Personen in der Stichprobe kamen aus der Schweiz (39 %) oder anderen europäischen Ländern (20 %). Auch wenn sich die Kantone Waadt und Genf in Bezug auf den Anteil der ausländischen Bevölkerung unterscheiden (34 % für die Waadt und 41 % für Genf), stellt sich die Frage, ob Nichtschweizer/innen nach einem sexuellen Übergriff aufgrund wirtschaftlicher, versicherungsrechtlicher, sprachlicher, kultureller oder informationsbezogener Zugangsbarrieren weniger häufig einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen<sup>(43,91)</sup>. Künftige Informations- und Präventionskampagnen könnten speziell auf nichtschweizerische Bevölkerungsgruppen abzielen oder diese einbeziehen.

## Stärken

In unserer Studie beschreiben wir die Verwendung eines reproduzierbaren rechtsmedizinischen Protokolls für die Versorgung von sexuell genötigten Personen sowie der entsprechenden Formulare, die in der geburtshilflichen und gynäkologischen Notfallstation zweier Schweizer Kantone verwendet werden. HUG und CHUV sind die beiden grössten Spitäler in der französischsprachigen Schweiz. Aus diesem Grund war es möglich, eine hohe Fallzahl von 740 Patient/innen, die zwischen 2018 und 2021 untersucht wurden, in unsere Studie einzuschliessen. Dank der sorgfältigen Definition sämtlicher Variablen ist die Studie leicht reproduzierbar, entweder in einem anderen Schweizer Kanton oder in einem anderen Land.

## Limitationen

Viele Personen würden einen sexuellen Übergriff nie bei einer Behörde anzeigen, sei es im Spital oder bei der Polizei, und keine Verwaltungsdatenextraktion wird. Statistiken über das Ausmass der Fälle von versteckten sexuellen Übergriffen hervorbringen können<sup>(22)</sup>.

Unvollständige Daten beeinflussten die Analyse, denn obwohl beide Zentren die gleichen Informationen erhoben haben, waren die Anforderungen für die Beantwortung der Punkte oder Fragen in den Standorten unterschiedlich. In den Berichten fehlen gewisse demografische Daten, was die Bedeutung einer landesweit standardisierten Datenbank oder eines Registers mit einem vordefinierten Mindestdatensatz, wie z. B. der Staatsangehörigkeit, unterstreicht.

Ungefähr 25 % der Patient/innen in unserer Studie berichteten über eine Art von Amnesie, entweder vollständig oder teilweise. Dies hat tiefgreifende Auswirkungen auf die Menge der verfügbaren und verwertbaren Daten, ist aber, wie bereits erwähnt, selbst ein wichtiges Ergebnis. Amnesie könnte eine Manifestation des Traumas eines sexuellen Übergriffs (peri-traumatische Dissoziation) sein oder mit einem Substanzkonsum zusammenhängen. Zukünftige Studien sollten dies bei ihrem Design und der Interpretation der Daten berücksichtigen.

Wir haben zwar sorgfältig auf die Definition aller verwendeten Variablen geachtet, aber es gibt keine bestehende internationale Klassifikation oder Terminologie zur Definition und Beschreibung der Verletzungsarten, die für jede Körperregion angegeben werden sollten. Auch wenn wir aufgrund des retrospektiven Charakters der Studie keine Daten zur sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität der Patient/innen liefern können, werden wir uns bemühen, diese Informationen in künftigen Studien zu erfassen.

Wenn die Patient/innen die Notfallstation verlassen, erhalten sie Folgetermine. Wir sind nicht in der Lage, Daten über die kurz-, mittel- und längerfristige Betreuung zu liefern. Ob Patient/innen die Nachsorgetermine wahrnehmen oder ob sie sich an die Behandlungsprotokolle halten usw. bleibt Teil der Informationslücke, die wir hoffentlich durch unsere laufende prospektive Studie schliessen werden.

# Schlussfolgerung und Empfehlungen

---

In der Schweiz mangelt es an Daten über sexuelle Übergriffe und Vergewaltigung. Verlässliche nationale und regionale Statistiken zu sexuellen Übergriffen und deren gesundheitlichen und sozialen Folgen können helfen, wirksame soziale, wirtschaftliche, politische und gesundheitliche Massnahmen zu gestalten. Darüber hinaus sind Daten bzgl. sexueller Übergriffe von entscheidender Bedeutung, um die Auswirkungen möglicher Präventions- und Unterstützungsstrategien und Interventionen zur Verhinderung von Mythen über Vergewaltigung und sexuelle Nötigung zu bewerten. Wir möchten noch einmal betonen, dass es notwendig ist, zusätzlich zu den Spitaldaten weitere Informationen aus anderen Quellen wie den Opferberatungsstellen, der Polizei und Vereinigungen wie «Viol secours» zu sammeln, da diese unterschiedlichen Quellen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Erfahrung empfangen. Wir hoffen, dass wir ein nationales Register/Beobachtungsstelle für Meldungen sexueller Übergriffe in Schweizer Spitälern einrichten können.

## Gesundheitspolitische Empfehlungen

Das Erheben von Spitaldaten sollte in der gesamten Schweiz vereinheitlicht werden. Wir empfehlen einen Mindestdatensatz, der in allen Spitälern des Landes, in denen sexuelle Übergriffe gemeldet werden können, erhoben werden sollte. Alle Standorte sollten die gleichen Definitionen, Variablen und Antwortoptionen verwenden.

Die Einrichtung eines nationalen Registers und eines Mindestdatensatzes erfordert die volle Unterstützung des Bundes und die Zusammenarbeit vieler verschiedener Stellen, einschliesslich der gynäkologischen und rechtsmedizinischen Notfallstationen. Bei anderen bereits existierenden obligatorischen Registern gibt es in der Regel ein gesetzliches Mandat/Gesetz, das die Kantone oder Einrichtungen verpflichtet, bestimmte Daten zu melden. Das Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (KRG, SR 818.33) beispielsweise verpflichtet Ärzt/innen, Laboratorien, Spitäler und andere private oder öffentliche Einrichtungen in der Schweiz, Krebs- und Tumordaten an ein nationales Register zu melden mit dem Ziel, ein vollständiges Register der onkologischen Erkrankungen in der Schweiz zu erstellen. In ähnlicher Weise hat das Swiss Neonatal Network & Follow-up Group (SwissNeoNet) einen Schweizer Minimaldatensatz für Neugeborene definiert. Alle Schweizer Level-III- und Level-II-B-Einrichtungen werden mit der Interkantonalen Erklärung für hochspezialisierte Medizin (HSM) vom

22. September 2011 verpflichtet, Spitaldaten für das Register bereitzustellen<sup>(92)</sup>.

Die Erhebung eines standardisierten Datensatzes zu sexualisierter Gewalt an allen Orten, an denen in der Schweiz rechtsmedizinische Untersuchungen durchgeführt werden, könnte die Standardisierung der Dokumentation und die Kodierung durch das medizinische Personal verbessern. Klassifikationen wie die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme («International Classification of Diseases and Related Health Problems» ICD) der WHO bieten ein national und international vergleichbares System für die Meldung und Erfassung von Statistiken über Krankheiten und damit verbundene Gesundheitsprobleme<sup>(93)</sup>. Standardisierte Nomenklaturen und Klassifikationen helfen Gesundheitsbehörden, Fachleuten aus verschiedenen Bereichen (Pflege, Polizei, Justiz, Verbände und Bildung) und der breiten Öffentlichkeit, Informationen über Risikofaktoren, soziodemografische Merkmale, die Patientenerfahrung mit der Betreuung und die Nachbehandlung von sexuellen Übergriffen zu erfassen. Die Erfassung von Daten auf der Grundlage eines abgestimmten Satzes von Merkmalen würde die Erstellung eines nationalen Datensatzes ermöglichen. Mit diesem könnten Ähnlichkeiten und Unterschiede in Bezug auf die Art des sexuellen Übergriffs, die Opfer und die Täter/innen, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und die erforderlichen Ressourcen für Planungszwecke analysiert und der Zugang, die Versorgung und die Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung verbessert werden<sup>(94)</sup>.

## Integriertes Patientendossier

Um die Standardisierung und den Abgleich der sexuellen Übergriffsmeldungen sowie die routinemässige elektronische Datenerfassung zu verbessern, haben wir mithilfe der Ergebnisse der vorliegenden retrospektiven Studie ein elektronisches Fallmeldeformular erstellt, das im HUG in die elektronische Krankenakte integriert wurde. Darin können wir die Dokumentation der Läsionen, die Ergebnisse der Untersuchungen und die Dokumente, die dem/der Patient/in ausgehändigt werden sollen (Bescheinigung über die Läsionen, Aufhebung des Arztgeheimnisses, Arbeitsunfähigkeit, Folgetermine, Information über prophylaktische Behandlungen usw.), in ihre elektronische Patientenakte aufnehmen. Wir hoffen, dass dieses Formular an verschiedenen Standorten in der Schweiz verwendet und regelmässig aktualisiert werden kann.

Abbildung 4: Elektronisches Fallmeldeformular im elektronischen Patientendossier

### Service de gynécologie - CAS - Consultation

EDS : 10938529 - Passage du 23.05.2008 00:00 - Service de pathologie clinique (Laboratoire de

#### Données administratives

Genève, le 16 décembre 2022

**CAS - CONSULTATION / Entretien du vendredi 16 décembre 2022 à 15:21**  
N / Réf :

Concerné : Madame Accreditation TEST,  
née le 01.01.1970 - 52 ans  
N° EDS : 10938529

Adresse : Micheli-du-Crest 24  
CH - 1211 GENEVE 14  
Tél : Mobile / Fixe

**DONNÉES ADMINISTRATIVES**  
Genre sexuel actuel - Femme  
Genre assigné à la naissance - Femme  
**Situation familiale**  
Etat civil :  
**Origines de la patiente**  
Lieu de naissance :  
Nationalité :  
**Professions et études**  
Profession actuelle :  
Occupation avant admission : en formation (école, apprentissage, études)  
Niveau d'études : 5 - haute école spécialisée / école prof. sup.

Date et heure de l'entretien 16.12.2022 15:21

Date et heure du début de l'examen

Référence CURML

Examen réalisé en présence d'un accompagnant  
 Examen réalisé sans accompagnant

Gynécologue  + Moi

Légiste  + Moi

Infirmière  + Moi

Victime  
 Venu(e) seul(e)  
Amené(e)  par la police  par un tiers

# Standardisierte Datenerhebung

## zur sexualisierten Gewalt in der Schweiz

---

### Merkmale des Opfers

**Geschlecht des Opfers, Alter des Opfers**, Zivilstand, Staatsangehörigkeit des Opfers, sexuelle Orientierung, Fruchtbarkeitsstatus (Menopause, Amenorrhö, derzeitige Menstruation oder Datum der letzten Menstruation, Verwendung von Verhütungsmitteln, Schwangerschaft, letzte Menstruation), Grösse, Gewicht, Komorbiditäten

### Merkmale des Übergriffs

Datum/Uhrzeit des Übergriffs, Jahreszeit, Wochentag, Anzahl der Täter/innen, **Ort des Übergriffs**, Beauftragt von der Polizei oder Staatsanwaltschaft, Anzeige durch das Opfer oder nicht, **Beziehung zwischen Opfer und Täter/in, Geschlecht Täter/in, Alter Täter/in**, erster Übergriff, frühere Übergriffe im Laufe des letzten Jahres, erste vaginale Penetration, Amnesie, Art des sexuellen Übergriffs (Penetration: vaginal, anal, oral; Penetrator: Penis, Finger, Mund, Gegenstand; Verwendung eines Kondoms: vaginal, anal, oral; Ejakulation: vaginal, anal, oral; nicht-genitale Handlungen; andere), Anzahl der Penetratoren, Alkoholkonsum (freiwillig oder unfreiwillig, Rauschtrinken), Drogenkonsum (freiwillig oder unfreiwillig, Art).

### Merkmale der Gewalt

Wiederkehrende Gewalt, häusliche Gewalt, **physische Gewalt (Kraftanwendung), psychische Gewalt**, Einsatz von Waffe/n.

### Merkmale nach dem Übergriff

Verstrichene Zeit seit dem Übergriff, gebadet, geduscht, gewaschen und/oder Kleidung gewechselt, Vaginaldusche, Einlauf, Stuhlgang, Erbrochen, Zähne geputzt, Mund gespült.

### Forensische Beweise

Durchgeführte forensische Untersuchung, Kopf- und/oder Nackentrauma, Vorhandensein oder Fehlen von Körperverletzungen (Kopf/Gesicht [Kopf, Nase, Augen, Ohren, Mund], Hals, Rumpf [Brüste, Brustkorb, Bauch], Rücken, Gesäss, obere und untere Gliedmassen), Art: Ekchymose (Hautein- oder unterblutung), Dermabrasion (Abschürfung), Erythem (Rötung), Ödem (Schwellung), Wunde, Fraktur und Prellung, Petechien, Datum des letzten sexuellen Kontakts (letzte 7 Tage). Erhaltene Evidenz: Blut- und Urinproben für mögliche Alkohol- und/oder toxikologische Tests, Kleidung, orale und anogenitale Abstriche, Körperabstriche, Speichelproben für DNA-Analysen und -Vergleiche, Tampon, Damenbinde oder andere weibliche Hygieneartikel.

### Gynäkologische Untersuchung

Vorhandensein oder Fehlen einer anogenitalen Verletzung (Stelle: Vulva [äussere Vulvalippen, innere Vulvalippen, hintere Kommissur, Fourchette, Fossa navicularis], Harnröhrenöffnung [Meatus], Vagina, Hymen, Gebärmutterhals, Dammsnaht, Anus und Rektum), Art: Ekchymose (Hautein- oder unterblutung), Dermabrasion (Abschürfung), Erythem (Rötung), Ödem (Schwellung), Risswunde, Prellung, Verwendung von Kolposkop und/oder Anoskop oder grober Visualisierung.

### Überweisung an andere Dienste

Überweisung an Dienste, erbrachte Dienstleistungen, Patientenerfahrung.

**Die fettgedruckten Angaben entsprechen den Mindestempfehlungen der WHO.**

# Referenzen

---

1. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women: Evidence Brief [Internet]. 2014. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf?ua=1>.
2. RAINN (Rape, Abuse & Incest National Network). Sexual Assault [Internet]. RAINN.org. [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://www.rainn.org/articles/sexual-assault>.
3. U.N. Statistics Division. United Nations Sustainable Development Goals: SDG Indicators, Metadata Repository: Target 5.2: Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation [Internet]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>.
4. Europäische Kommission. Vorschlag für eine Richtlinie des europäischen Parlaments und des Rates zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt [Internet]. Strassburg; 2022 März. Bericht Nr.: 2022/0066 (COD). Verfügbar auf: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022PC0105&from=EN>.
5. Council of Europe. Switzerland ratifies the Istanbul Convention [Internet]. [www.coe.int](http://www.coe.int). 2017. Available from: <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/-/switzerland-ratifies-the-istanbul-convention>.
6. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG). Nationaler Aktionsplan der Schweiz zur Umsetzung der Istanbul-Konvention 2022–2026 [Internet]. Bern: EBG; 2022 Jun. Verfügbar auf: <https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/themen/recht/internationales-recht/europarat/Istanbul-Konvention.html>.
7. Fehlmann Rielle Laurence. Definition von Vergewaltigung im Schweizer Recht. Das Gesetz muss geändert werden! [Internet]. Die Bundesversammlung — Das Schweizer Parlament; 2017 Nov. (Motion 17.3992). Verfügbar auf: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20173992>.
8. Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention). Strasbourg: Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence; November 2022.
9. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women: executive summary [Internet]. World Health Organization; 2021. xii p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341338>.
10. Killias M, Simonin M, De Puy J. Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS). Bern: Stämpfli Verlag; 2005.
11. Susanne Stern, Ariane De Rocchi. Statistische Datengrundlagen der Schweiz für die Staatenberichterstattung zur Istanbul-Konvention: Expertise. Zürich: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG); Februar 2019.
12. gfs.bern. Sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt an Frauen sind in der Schweiz verbreitet [Internet]. 2019 [zitiert 23. Januar 2023]. Verfügbar auf: <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/sexuelle-gewalt-in-der-schweiz/>.
13. Amnesty International. Switzerland: One in five women is a victim of sexual violence [Internet]. Verfügbar auf: <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2019/05/switzerland-one-in-five-women-is-a-victim-of-sexual-violence/>.
14. Murchison GR, Agénor M, Reisner SL, Watson RJ. School Restroom and Locker Room Restrictions and Sexual Assault Risk Among Transgender Youth. *Pediatrics*. 1. Juni 2019; 143(6):e20182902.
15. (NSVRC) National Sexual Violence Resource Center. Sexual Violence & Transgender/Non-Binary Communities [Internet]. NSVRC.org. 2019. Available from: [https://www.nsvrc.org/sites/default/files/publications/2019-02/Transgender\\_infographic\\_508\\_0.pdf](https://www.nsvrc.org/sites/default/files/publications/2019-02/Transgender_infographic_508_0.pdf).
16. Marx BP, Heidt JM, Gold SD. Perceived Uncontrollability and Unpredictability, Self-Regulation, and Sexual Revictimization. *Review of General Psychology*. 1. März 2005; 9(1):67–90.
17. Hequembourg AL, Parks KA, Collins RL, Hughes TL. Sexual Assault Risks Among Gay and Bisexual Men. *The Journal of Sex Research*. 2015; 52(3):282–95.
18. Canan SN, Jozkowski KN, Wiersma-Mosley JD, Bradley M, Blunt-Vinti H. Differences in Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women's Experiences of Sexual Assault and Rape in a National U.S. Sample. *J Interpers Violence*. 26. Juli 2019; 36(19–20):9100–20.
19. Rothman EF, Exner D, Baughman AL. The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. April 2011; 12(2):55–66.

20. Martin SL, Ray N, Sotres-Alvarez D, Kupper LL, Moracco KE, Dickens PA, et al. Physical and Sexual Assault of Women With Disabilities. *Violence Against Women*. 1. September 2006; 12(9):823–37.
21. Sigurvinsdottir R, Ullman SE. Sexual Orientation, Race, and Trauma as Predictors of Sexual Assault Recovery. *Journal of Family Violence*. 2016; 31(7):913–21.
22. European Institute for Gender Equality (EIGE). Administrative data collection on violence against women: Good practices [Internet]. Lithuania: EIGE; November 2016. Verfügbar auf: [10.2839/737256](https://www.eige.europa.eu/publications/2016-11-10-2839737256).
23. Bundesamt für Statistik. Strafgesetzbuch (StGB): Straftaten und beschuldigte Personen [Internet]. Kriminalität und Strafrecht. 2022. Verfügbar auf: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/straftaten.assetdetail.21324219.html>.
24. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics. Rape and Sexual Assault Victimization Among College-age Females, 1995-2013. Dezember 2014. Report No.: NCJ 248471.
25. Office for National Statistics. Crime Survey for England and Wales (CSEW): Nature of sexual assault by rape or penetration, England and Wales: year ending March 2020. *Crime Statistics*; März 2021.
26. Lieber M, Greset C, Perez-Rodrigo S. Le traitement pénal des violences sexuelles à Genève. Une étude exploratoire. 2019.
27. The Swedish National Council for Crime Prevention. Sexual offences [Internet]. Brottsförebyggande rådet; Verfügbar auf: <https://bra.se/bra-in-english/home/crime-and-statistics/sexual-offences.html>.
28. Bundesamt für Statistik. Opferberatungen nach Straftat [Internet]. Kriminalität und Strafrecht. 2022. Verfügbar auf: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/opferhilfe/beratungen-leistungen.assetdetail.22684351.html>.
29. Kendall, T. A Synthesis of Evidence on the Collection and Use of Administrative Data on Violence against Women: Background Paper for the Development of Global Guidance. New York: UN Women; 2020.
30. Larsen M-L, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1. März 2015; 122(4):577–84.
31. Kerr E, Cottee C, Chowdhury R, Jawad R, Welch J. The Haven: a pilot referral centre in London for cases of serious sexual assault. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1. März 2003; 110(3):267–71.
32. GISLADOTTIR A, GUDMUNDSDOTTIR B, GUDMUNDSDOTTIR R, JONSDOTTIR E, GUDJONSDOTTIR GR, KRISTJANSSON M, et al. Increased attendance rates and altered characteristics of sexual violence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1. Januar 2012; 91(1):134–42.
33. Fryszer LA, Hoffmann-Walbeck H, Etzold S, Möckel M, Sehoul J, David M. Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1. Juli 2020; 250:117–23.
34. WMA Deklaration von Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association. Verfügbar auf: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.
35. Schweizerische Eidgenossenschaft. SR 810.30 - Bundesgesetz vom 30. September 2011 über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG). Verfügbar auf: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/de>.
36. SR 810.301 - Verordnung vom 20. September 2013 über die Humanforschung mit Ausnahme der klinischen Versuche (Humanforschungsverordnung, HFV). Verfügbar auf: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/642/de>.
37. Hôpitaux Universitaires de Genève. Protocole Complet de Prise en Charge au Departement de Gynecologie et d'Obstetrique des Hopitaux Universitaires de Geneve des Personnes Victime D'Agression Sexuelle. Juli 2022.
38. Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Agresion sexuelle : prise en charge des femmes victimes- Protocole. Lausanne: CHUV; Juli 2020.
39. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population & Sociétés*. 2016; 538(10):1–4.
40. Lauritsen J, White N. Seasonal Patterns in Criminal Victimization Trends [Internet]. U.S. Department of Justice; 2014 Jun. Report No.: NCJ 245959. Verfügbar auf: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/spcvt.pdf>.
41. McLean I. Climatic effects on incidence of sexual assault. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1. Januar 2007; 14(1):16–9.
42. Burt MR. Cultural myths and supports for rape. *J Pers Soc Psychol*. Februar 1980; 38(2):217–30.
43. Kanton Waadt. Service de la population. Chiffres Clés. [Internet]. vd.ch. [zitiert am 17. Januar 2023]. Verfügbar auf: <https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/cheffe-de-departement/service-de-la-population-spop#c2020312>.

44. Republik und Kanton Genf. Viols et agressions sexuelles [Internet]. ge.ch. 2017 [zitiert am 18. Januar 2023]. Verfügbar auf: <https://www.ge.ch/viols-agressions-sexuelles>.
45. Ricard-Gauthier D, Abdulcadir J, Tony F, Yaron M. Care of women and girls after sexual assault in Geneva: a descriptive study between 2005 and 2014. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2021; Verfügbar auf: <https://linking-hub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211521004723>.
46. Testa M, Livingston JA. Alcohol Consumption and Women's Vulnerability to Sexual Victimization: Can Reducing Women's Drinking Prevent Rape? *Substance Use & Misuse*. 1. Januar 2009; 44(9–10):1349–76.
47. Henry AP, Perillo AD, Reitz-Krueger CL, Perillo JT. Reflecting the Times? Reexamining the Effect of Alcohol Intoxication on Perceptions of Campus Sexual Assault. *Violence Against Women*. 2020; 28:49–72.
48. Abbey A, Wegner R, Woerner J, Pegram SE, Pierce J. Review of Survey and Experimental Research That Examines the Relationship Between Alcohol Consumption and Men's Sexual Aggression Perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse*. 27. April 2014; 15(4):265–82.
49. Abbey A, Zawacki T, Buck PO, Clinton AM, McAuslan P. Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggress Violent Behav*. Mai 2004; 9(3):271–303.
50. Lippy C, DeGue S. Exploring Alcohol Policy Approaches to Prevent Sexual Violence Perpetration. *Trauma Violence Abuse* 17(1):26-42 [Internet]. 16. November 2014; 17(1). Verfügbar auf: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/52842>.
51. Eshelman LR, Messman-Moore TL, Sheffer N. The Importance of Substance-Related Sexual Victimization: Impact on Substance Use and Risk Perception in Female College Students. *J Interpers Violence*. 16. Oktober 2014;30(15):2616–35.
52. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1. April 2017;47:46–54.
53. Calasso K, Thompson-Memmer C, Kruse-Diehr AJ, Glassman T. Sexual Assault and Alcohol Use among College Students: A Critical Review of the Literature. *AJHS* [Internet]. 2020 Oct 21 [cited 2022 Dec 16];34(4). Verfügbar auf: <https://amjhealthstudies.com/index.php/ajhs/article/view/45>.
54. Basile KC, Smith SG, Liu Y, Lowe A, Gilmore AK, Khatiwada S, et al. Victim and perpetrator characteristics in alcohol/drug-involved sexual violence victimization in the U.S. *Drug Alcohol Depend*. 1. September 2021; 226:108839–108839.
55. Weltgesundheitsorganisation. Global Health Observatory [Internet]. Alcohol, heavy episodic drinking. Verfügbar auf: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/459#:~:text=Definition%3A,to%206%20standard%20alcoholic%20drinks>.
56. GREA - Groupement Romand d'Etudes des Addictions. Combien d'alcool contient un verre standard? [Internet]. Stop-alcool.ch. 2021. Verfügbar auf: <https://www.stop-alcool.ch/fr/l-alcool-en-general-2/une-substance-psychoactive/combien-y-a-t-il-d-alcool-dans-un-verre>.
57. Thompson-Hollands J, Jun JJ, Sloan DM. The Association Between Peritraumatic Dissociation and PTSD Symptoms: The Mediating Role of Negative Beliefs About the Self. *J Trauma Stress*. April 2017; 30(2):190–4.
58. Miller AK. Peritraumatic Dissociation, Lack of Resolution, and Revictimization in Survivors of Sexual Trauma: An Avoidance Dilemma? [Internet]. Ohio University; 2002. Verfügbar auf: [http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc\\_num=ohiou1081957240](http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=ohiou1081957240).
59. Garcia-Esteve L, Torres-Gimenez A, Canto M, Roca-Lecumberri A, Roda E, Velasco E, et al. Prevalence and risk factors for acute stress disorder in female victims of sexual assault. *Psychiatry Research*. 1. Dezember 2021; 306:114240.
60. Amstadter AB, Elwood LS, Begle AM, Gudmundsdottir B, Smith DW, Resnick HS, et al. Predictors of physical assault victimization: findings from the National Survey of Adolescents. *Addict Behav*. August 2011; 36(8):814–20.
61. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute Sexual Assault in the Pediatric and Adolescent Population. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 1. Dezember 2016; 29(6):518–26.
62. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 8. Februar 2017; 20(1):67–80.
63. Kraus SW, Krueger RB, Briken P, First MB, Stein DJ, Kaplan MS, et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*. 1. Februar 2018; 17(1):109–10.
64. Fontanesi L, Marchetti D, Limoncin E, Rossi R, Nimbi FM, Mollaioli D, et al. Hypersexuality and Trauma: a mediation and moderation model from psychopathology to problematic sexual behavior. *Journal of Affective Disorders*. 15. Februar 2021; 281:631–7.
65. Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992-2017: Verhütung in der Schweiz [Internet]. Verfügbar auf: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.asset-detail.15844487.html>.

66. Gilmore AK, McKee G, Flanagan JC, Leone RM, Oesterle DW, Kirby CM, et al. Medications at the Emergency Department After Recent Rape. *J Interpers Violence*. 18. März 2021; 37(15–16):NP12954–72.
67. Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum G, Acierno R, Best CL, et al. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*. 1. November 2000; 19(4):214–9.
68. Zinzow HM, Resnick HS, Barr SC, Danielson CK, Kilpatrick DG. Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. *Am J Prev Med*. August 2012; 43(2):183–7.
69. Fontenot HB. Intersection of HPV and Sexual Assault: An Opportunity for Practice Change. *Journal of Forensic Nursing [Internet]*. 2013; 9(3). Verfügbar auf: [https://journals.lww.com/forensicnursing/Fulltext/2013/07000/Intersection\\_of\\_HPV\\_and\\_Sexual\\_Assault\\_\\_An.4.aspx](https://journals.lww.com/forensicnursing/Fulltext/2013/07000/Intersection_of_HPV_and_Sexual_Assault__An.4.aspx).
70. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines: Sexual Assault and Abuse and STIs – Adolescents and Adults [Internet]. 2021. Verfügbar auf: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/sexual-assault-adults.htm>.
71. Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits - United States, January 1, 2019-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 12. Juni 2020; 69(23):699–704.
72. Rennert-May E, Leal J, Thanh NX, Lang E, Dowling S, Manns B, et al. The impact of COVID-19 on hospital admissions and emergency department visits: A population-based study. *PLOS ONE*. 1. Juni 2021; 16(6):e0252441.
73. Santi L, Golinelli D, Tampieri A, Farina G, Greco M, Rosa S, et al. Non-COVID-19 patients in times of pandemic: Emergency department visits, hospitalizations and cause-specific mortality in Northern Italy. *PLOS ONE*. 22. März 2021; 16(3):e0248995.
74. Muldoon KA, Denize KM, Talarico R, Fell DB, Sobiesiak A, Heimerl M, et al. COVID-19 pandemic and violence: rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors. *BMC Medicine*. 5. Februar 2021; 19(1):20.
75. Kane D, Maher N, Eogan M. Assessment of the impact of the COVID-19 pandemic on Sexual Assault Treatment Unit activity. *BMJ Sex Reprod Health*. 1. Oktober 2021; 47(4):301.
76. Gosangi B, Park H, Thomas R, Gujrathi R, Bay CP, Raja AS, et al. Exacerbation of Physical Intimate Partner Violence during COVID-19 Pandemic. *Radiology*. 13. August 2020; 298(1):E38–45.
77. Barbara G, Albertini V, Tagi VM, Maggioni L, Gorio MC, Cattaneo C, et al. Characteristics of Sexual Violence Against Adolescent Girls: A 10 Years' Retrospective Study of 731 Sexually Abused Adolescents. *Int J Womens Health*. 3. März 2022; 14:311–21.
78. Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse. *J Emerg Med*. Juli 2010; 39(1):113–8.
79. McGregor MJ, Le G, Marion SA, Wiebe E. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*. 1999; 160 11:1565–9.
80. McGregor MJ, Mont JD, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: Is evidence related to successful prosecution? *Annals of Emergency Medicine*. 1. Juni 2002; 39(6):639–47.
81. Sugar N., Fine D., Eckert L. Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004 Jan 1;190(1):71–6.
82. Song SH, Fernandes JR. Comparison of Injury Patterns in Consensual and Nonconsensual Sex: Is It Possible to Determine if Consent was Given? *Academic Forensic Pathology*. 2017; 7(4):619–31.
83. Eckert L., Sugar N, Fine D. Factors impacting injury documentation after sexual assault: role of examiner experience and gender. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1. Juni 2004; 190(6):1739–43.
84. Makoroff KL, Brauley JL, Brandner AM, Myers PA, Shapiro RA. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse & Neglect*. 1. Dezember 2002; 26(12):1235–42.
85. Slaughter L, Brown CRV. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1. Januar 1992; 166(1, Part 1):83–6.
86. Rogers A, McIntyre SL, Rossman L, Solis S, Bacon-Baguley TA, Jones J. The forensic rape examination: Is colposcopy really necessary? *The American Journal of Emergency Medicine*. 1. Mai 2019; 37(5):999–1000.
87. Buswell H, Majeed-Ariss R, Rajai A, White C, Mills H. Identifying the prevalence of genito-anal injuries amongst clients attending St Mary's Sexual Assault Referral Centre following an allegation of anal penetration. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1. August 2022; 90:102392.

88. Ernst AA, Green E, Ferguson MT, Weiss SJ, Green WM. The utility of anoscopy and colposcopy in the evaluation of male sexual assault victims. *Annals of Emergency Medicine*. 1. November 2000; 36(5):432–7.
89. Wilson LC, Miller KE. Meta-Analysis of the Prevalence of Unacknowledged Rape. *Trauma, Violence, & Abuse*. 17. März 2015; 17(2):149–59.
90. Littleton H, Layh M, Rudolph K. Unacknowledged Rape in the Community: Rape Characteristics and Adjustment. *Violence Vict.* (1):142–56.
91. Republik und Kanton Genf. Population du canton de Genève et le status migratoire. Office cantonal de la statistique (OCSTAT) Genf; April 2017. Bericht Nr.: 55.
92. Fedlex, Die Publikationsplattform des Bundesrechts. Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der Neugeborenen-Intensivpflege [Internet]. FF 2011 7456. 2011. Verfügbar auf: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2011/1385/de>.
93. Weltgesundheitsorganisation. International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.) [Internet]. 2010. Verfügbar auf: <https://icd.who.int/>.
94. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) and World Health Organization (WHO). Global technical guidance: Improving the collection and use of administrative data on violence against women. New York: UN Women; 2022.

# Merkmale

---

## Demografische Merkmale

Zivilstand: Zivilstand gemäss der Meldung der Patient/innen des sexuellen Übergriffs: ledig, verheiratet, geschieden, zusammenlebend, getrennt lebend, verwitwet oder unbekannt.

Staatsangehörigkeit Patient/in (Region): Die Regionen wurden durch die Staatsangehörigkeit der Patient/innen bestimmt. Schweiz, Europa, Nord- und Südamerika, Subsahara Afrika, Naher Osten und Nordafrika, Asien, Pazifik und Unbekannt. Patient/innen mit doppelter Staatsbürgerschaft wurden als Schweizer/in gezählt.

Bekannter/unbekannter mutmasslicher Täter/bekannte/unbekannte mutmassliche Täterin: die Patient/innen geben an, ob sie den/die Täter/in vor dem Übergriff kannten. Bei mehreren Angreifer/innen, ist es möglich, dass das Opfer nur eine/n kannte und die anderen nicht.

Beziehung zwischen Patient/in und Täter/innen: Auf der Grundlage der von UN Women und der WHO vorgeschlagenen Antwortoptionen und empfohlenen Definitionen für den Mindestdatensatz<sup>(94)</sup>: Aktuelle/r Intimpartner/in, frühere/r Intimpartner/in, Familienmitglied, Freund/in / Kolleg/in / Peer / Bekannte/r, Autoritätsperson / Betreuer/in, andere – dem Opfer bekannt, andere – dem Opfer nicht bekannt.

Jahreszeit: Winter: Dezember, Januar, Februar; Frühling: März, April, Mai; Sommer: Juni, Juli, August; Herbst: September, Oktober, November

Ort: Auf der Grundlage der von UN Women und der WHO vorgeschlagenen Antwortoptionen und empfohlenen Definitionen für den Mindestdatensatz<sup>(57)</sup>: Zuhause: in der Wohnung des Opfers, des Täters/der Täterin, in der Wohnung des Opfers und des Täters/der Täterin, in der Wohnung eines Freundes/einer Freundin; Öffentlichkeit: Strasse, offener Bereich, öffentliche Verkehrsmittel, öffentliche Toiletten, Wald, Park, Schule; Institution: Gefängnis; institutionelle Pflegeeinrichtung: Spitäler, psychiatrische Einrichtungen, Pflegeheime; Arbeitsplatz; Sonstiges.

## Merkmale des Übergriffs

Im Auftrag der Polizei oder Staatsanwaltschaft: In der Schweiz ermittelt die Polizei bei sexueller Nötigung von Amtes wegen (mit Ausnahme von sexueller Belästigung, die auf Anzeige hin verfolgt wird). Wenn der/die Patient/in mit Hilfe der Behörden ins lokale Spital kommt, wird das Verfahren als «im Auftrag der Polizei oder Staatsanwaltschaft oder auf Mandat» bezeichnet. Wenn der/die Patient/in aus eigenem Antrieb und ohne

die Hilfe der örtlichen Behörden ins Spital kommt, wird das Verfahren als «nicht im Auftrag der Polizei oder Staatsanwaltschaft» bezeichnet. Auch ohne Mandat kann der/die Patient/in zu jedem Zeitpunkt während oder nach der rechtsmedizinischen Untersuchung entscheiden, ob er oder sie Anzeige erstatten möchte.

Gynäkologische Untersuchung: Untersuchung und Dokumentation des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins von anogenitalen Läsionen durch einen Gynäkologen bzw. eine Gynäkologin unter Verwendung von «direkter Visualisierung» und Kolposkopie, ohne Färbetechniken, um die Vulva, die Harnröhrenöffnung (Meatus), die Vagina, das Hymen, den Gebärmutterhals, die Damмнаht, den Anus und das Rektum zu untersuchen

Bakteriologische Proben und PCR-Tests für Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae werden von der Vagina und dem Gebärmutterhals entnommen.

Verletzungsarten: Verletzungen wurden in Ekchymose (Hautein- und unterblutung), Dermabrasion (Abschürfung), Erythem (Rötung), Ödem (Schwellung), Risswunde, Erosion, Fraktur und Prellung eingeteilt

Körperliche Verletzungen (nicht anogenitale Verletzungen): Verletzungen an Kopf/Gesicht (Kopf, Nase, Augen, Ohren, Mund), Hals, Rumpf (Brüste, Brustkorb, Bauch), Rücken, Gesäss, oberen und unteren Gliedmassen

Anogenitale Verletzungen: Verletzungen an der Vulva (äussere Vulvalippen, innere Vulvalippen, hintere Kommissur, Fourchette, Fossa navicularis), der Harnröhrenöffnung (Meatus), der Vagina, am Hymen, am Gebärmutterhals, an der Damмнаht, am Anus und am Rektum

Anale Verletzung: Verletzungen in der Perianalregion, am Anus und am Rektum

Genitalverletzung: Verletzungen an der Vulva (äussere Vulvalippen, innere Vulvalippen, hintere Kommissur, Fourchette, Fossa navicularis), der Harnröhrenöffnung (Meatus), der Vagina, am Hymen, am Gebärmutterhals und an der Damмнаht

Anzahl der Penetratoren: bezieht sich auf die Anzahl (z. B. 0, einfach, mehrfach) und die Art der Penetratoren (z. B. Penis, Finger, Gegenstand)

# Abkürzungsverzeichnis

---

<b>AFZFG</b>	Bundesgesetz über die Aufarbeitung der fürsorglichen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981	<b>HPV</b>	Humane Papillomaviren
<b>AIDS</b>	erworbenes Immunschwächesyndrom	<b>HSM</b>	Hochspezialisierten Medizin (HSM)
<b>CCER</b>	Forschungsethikkommissionen der Kantone Genf (Geneva Regional Ethics Committee)	<b>HUG</b>	Universitätsspital Genf
<b>CHUV</b>	Universitätsspital Lausanne	<b>HFG</b>	Humanforschungsgesetz
<b>CURML</b>	Westschweizer Zentrum für Rechtsmedizin (Romandy University Centre of Legal Medicine)	<b>HFV</b>	Humanforschungsverordnung
<b>EBG</b>	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG	<b>ICD</b>	Klassifikationen wie die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
<b>GREVIO</b>	Expertengruppe des Europarats zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence)	<b>OHG</b>	Opferhilfegesetz
<b>HIV</b>	Menschliches Immunschwäche-Virus	<b>SDG</b>	Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals)
		<b>STI</b>	Sexuell übertragbare Erkrankungen
		<b>UIMPV</b>	Interdisziplinäre Abteilung für Medizin und Gewaltprävention (Interdisciplinary Unit for Medicine and Violence Prevention)
		<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

**Danksagung** (in alphabetischer Reihenfolge): Camille Béziane, Les Klamydias (externe Gutachter); Lucrezia Catania, Gynäkologin-Sexologin (externe Gutachterin); Manuella Epiney, HUG (externe Gutachterin); Pia Genet, Rechtsmedizinerin CHUV (externe Gutachterin); Muriel Golay, Opferberatungsstelle (externe Gutachterin); Romane Imbaud und Fartuun Musse, UNIGE (Masterstudentinnen, die bei der Dateneingabe geholfen haben); Stéphanie Perez, UNIGE (externe Gutachterin); Maryam En-Nosse, Gynäkologin, Universitätsklinikum Freiburg (externe Gutachterin); Nicole Schmidt, Gynäkologin MPH, Katholische Stiftungshochschule München (externe Gutachterin); Prof.em.Dr.med. Elisabeth Zemp Stutz (externe Gutachterin).

